

Informe Anual Violencia de Género 2018-2019

Informe Anual Violencia de Género 2018-2019



© MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18, 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-21-103-4

<https://cpage.mpr.gob.es>

Informe Anual Violencia de Género 2018-2019



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL INFORME

Observatorio de Salud de las Mujeres

(OSM. DGSPCI. Ministerio de Sanidad)

Rosa M. López Rodríguez. Coordinadora de Programas

Centro Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES. Ministerio de Sanidad)

Pello Latasa Zamalloa

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

Alicia Padrón Monedero

Equipo de Apoyo Administrativo

(OSM. DGSPCI. Ministerio de Sanidad)

Ana Sánchez González

Apoyo Técnico

Elena Calabrese Díez

Isabel Soriano Villarroel

GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO DE LA COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL SNS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DE ESTE INFORME

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

Irene Fuentes Caro (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Rocío Allande Díaz (Asturias)

Carmen Vidal Mangas (Islas Baleares)

Inmaculada Santana Gil (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

María García López (Castilla y León)

Rosa M^a Modesto González y Fuencisla Martín Jusdado (Castilla-La Mancha)

Anna Rubio i Cillán (Cataluña)

José Antonio Lluch Rodrigo

(Comunidad Valenciana)

María de los Ángeles García Bazaga (Extremadura)

Raquel Vázquez Mourelle (Galicia)

María Ordobás Gavin (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)

Miren Josune Ziarrusta y M^a Teresa Paino Ortuza, (País Vasco)

Manuel Olivares Cobo (La Rioja)

Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)

Francisco Aguilar (Melilla)

Asunción Ruiz de la Sierra (Ingesa)

Carmen Ureña Ureña (Delegación del

Gobierno contra la Violencia de Género.

Ministerio de Igualdad)

Alicia Padrón Monedero (Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación)

Carmen Vives Cases (Universidad de Alicante. Persona experta)

Rosa M. López Rodríguez (OSM. DGSPCI. Ministerio de Sanidad)

Grupo de Formación de Profesionales de Servicios Sanitarios en materia de VG

Irene Fuentes Caro y Amalia Suárez Ramos (Andalucía)
Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)
Elvira Muslera Cancini y Neri Iglesias Fernández (Asturias)
Carmen Vidal Mangas (Islas Baleares)
Rosa del Valle Álvarez (Canarias)
Purificación Ajo Bolado (Cantabria)
Mª Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)
Rosa Mª Modesto González (Castilla-La Mancha)
Anna Rubio i Cillán (Cataluña)
Jose Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)
Mercedes Fraile Bravo (Extremadura)
María del Mar de la Peña Cristiá (Galicia)
Mª Dolores Arranz Alonso (Madrid)
Francisco Molina Durán (Murcia)
Montserrat de la fuente Hurtado (Navarra)
Miren Josume Ziarrusta y Mª Teresa Paino Ortuza (País Vasco)
Jesús Ochoa Prieto (La Rioja)
Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)
Mª Isabel Montoro Robles (Melilla)
Asunción Ruiz de la Sierra (Ingresa)
Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación)
Miriam Benterrak Ayensa (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad)
Isabel Ruiz Pérez (Escuela Andaluza de Salud Pública)
Rosa M. López Rodríguez (OSM. DGSPCI. Ministerio de Sanidad)

Grupo de Evaluación de Actuaciones Sanitarias en materia de VG y Buenas Prácticas (BBPP)

Amalia Suárez Ramos (Andalucía)
Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)
Neri Iglesias Fernández (Asturias)
Carmen Vidal Mangas (Baleares)
Rosa Del Valle Álvarez (Canarias)
Purificación Ajo Bolado (Cantabria)
Lydia Salvador Sánchez (Castilla y León)
Rosa Mª Modesto González (Castilla-La Mancha)
Anna Rubio i Cillán (Cataluña)
José Antonio Lluch Rodrigo y Vicenta Escribá Aguir (Comunidad Valenciana)
Ana Belén Pérez Jiménez (Extremadura)
María del Mar de la Peña Cristiá, Begoña García Cepeda y Teresa Calabuig Martínez (Galicia)
Milagros de Borbón y Cruz y María Luisa Pires Alcaide (Madrid)
Ascensión Garriga Puerto (Murcia)
Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)
Regina Ruiz de Viñaspre (La Rioja)
María Teresa Paino Ortuza (País Vasco)
Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación)
Rebeca Palomo Díaz (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad)
Carmen Vives Cases (Universidad de Alicante)
Rosa Mª López Rodríguez (OSM. DGSPCI. Ministerio de Sanidad)

INTEGRANTES DE LA COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CISNS

Ministerio de Sanidad (MS)

Presidencia

Faustino Blanco González (Secretario General de Sanidad)

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Pilar Aparicio Azcárraga (Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación. DGSPCI. MS)

Yolanda Agra Varela (Subdirectora General de Calidad Asistencial e Innovación. MS)

Rosa M. López Rodríguez (Coordinadora de Programas. Observatorio de Salud de las Mujeres. DGSPCI. MS)

INGESA

Asunción Ruiz de la Sierra (Jefa de Servicio)

MINISTERIO DE IGUALDAD

María Victoria Rosell Aguilar (Delegada del Gobierno contra la Violencia de Género)

Beatriz Gimeno Reinoso (Directora del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades)

SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS:

José María de Torres Medina (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Neri Iglesias Fernández (Asturias)

María Antonia Font Oliver (Baleares)

Octavio Luis Jiménez Ramos (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

Lydia Salvador Sánchez (Castilla y León)

M. Teresa Marín Rubio (Castilla-La Mancha)

Anna Mompert Penina (Cataluña)

Ofelia Gimeno Forner (Comunidad Valenciana)

M. del Pilar Guijarro Gonzalo (Extremadura)

María del Mar de la Peña Cristiá (Galicia)

José María Antón García (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)

Juanjo Aurrekoetxea Agirre (País Vasco)

M. Antonia Aretio Romero (La Rioja)

Malika Al-Lal Haddu (Ceuta)

M. de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

Índice

Presentación	11
I. Análisis de situación	13
I.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Años 2017 y 2018	13
I.2. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Años 2017 y 2018	36
I.2.1. Datos agregados para el conjunto del SNS. Formación en materia de violencia de género. Años 2017 y 2018	39
I.2.2. Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Años 2017 y 2018. Formación en materia de violencia de género	66
I.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Periodo 2008-2018	98
II. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión Contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Años 2018 y 2019	112
II.1. Convocatoria de buenas prácticas en el SNS. 2019	113
II.2. Otras acciones realizadas en 2019	116
Anexo	
Protocolo común de actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF). Acciones	117
Índice de tablas	127
Relación de gráficos	130
Relación de infografías	132

Presentación

La elaboración de este Informe forma parte sistemática de las tareas anuales de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Siguiendo la estructura común de años anteriores, en esta edición se recogen los datos correspondientes a 2017 y 2018 agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto de los indicadores epidemiológicos comunes (casos de violencia de género, detectados y registrados en el SNS) como de los procesos de formación para profesionales de los servicios de salud autonómicos en los diferentes ámbitos asistenciales de atención primaria, hospitalaria y urgencias, en ese mismo año.

A continuación, en la segunda parte, se recoge la síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión durante 2018 y 2019 a través de sus grupos técnicos de trabajo fundamentalmente relacionadas con: la recogida de los indicadores anteriormente mencionados y todos los trabajos referidos a la Convocatoria de Buenas Prácticas en el SNS para 2019: identificación, recogida y evaluación de candidaturas a Buena Práctica en 2019, así como aquellas otras acciones orientadas a realizar el pilotaje de replicación de algunas de las ya existentes en el Catálogo de Buenas Prácticas del SNS en materia de prevención y detección precoz de la VG desde el ámbito sanitario.

Se cierra el Informe con dos anexos: uno que incluye las experiencias o proyectos de investigación sobre el impacto de la formación contra la violencia de género en la mejora asistencial; y otro con las acciones realizadas por las CCAA frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF) en el marco del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF.

1 Análisis de situación

1.1 Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Años 2017 y 2018

Introducción

Se presentan los datos sobre **casos de mujeres maltratadas, detectados y registrados** durante **2017 y 2018 en los servicios sanitarios que integran el SNS** por las y los profesionales que las atienden, tanto a nivel de atención primaria (AP) de salud como en los servicios de atención hospitalaria (AE) o por parte de los servicios de Urgencias de ambos, AP y AE.

Estos datos provienen de dos fuentes diferenciadas: la **Historia Clínica (HC)** y el **Parte de Lesiones (PL)**.

Cada una de ellas aporta información específica de gran relevancia, teniendo en cuenta que la HC se considera única y con ella se discierne la relación unívoca de CADA CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG) DETECTADO Y REGISTRADO con la mujer que la sufre, a través del código de identificación de paciente, mientras que una mujer podría ser víctima de diferentes actos violentos a lo largo de su vida, en el caso concreto de este informe anual, varios a lo largo de los años 2017 y 2018, al que corresponden los datos recogidos, y por tanto podría generar varios partes de lesiones emitidos y remitidos a los juzgados.

DEFINICIÓN DE CASO VG EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

En el ámbito sanitario se define como caso de VG, aquella mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce por primera vez sufrir maltrato.

Por tanto, los indicadores que se presentan en este Informe –como en años anteriores– nos están dando información indirecta sobre la respuesta sanitaria ante el maltrato a las mujeres.

Los datos se presentan en varias tablas, donde se explicita siempre la fuente principal desde donde cada servicio de salud autonómico los obtiene (HC o PL). Los datos corresponden a **casos de violencia de género confirmados clínicamente**.

Criterios comunes establecidos para el conjunto del SNS. Recogida de indicadores sobre casos VG detectados y registrados en el SNS

Codificaciones comunes

En 2009 esta Comisión aprobó *–a propuesta de su grupo de trabajo técnico, sobre sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la VG–* los **criterios comunes para el conjunto del SNS respecto a los códigos específicos de los sistemas de información sanitaria, que se recogerían para catalogar los casos de violencia de género**, y poder elaborar los **INDICADORES COMUNES EPIDEMIOLÓGICOS VG del SNS**. Para ello se realizó un mapeo de codificaciones que las CCAA venían utilizando para caracterizar los casos de VG detectados, tanto a través de la codificación normalizada CIAP (en atención primaria) como CIE-9MC (atención primaria AP y hospitalaria AE), que han sido los utilizados desde entonces por las CCAA que utilizan la historia clínica (HC) como fuente de información.

Con la incorporación de la CIE10-ES (*en atención primaria AP y hospitalaria AE*), se ha solicitado también a las CCAA para la confección de este Informe, una actualización del mapeo de codificaciones que se están utilizando para los casos de VG, con el fin de homogenizar al máximo los criterios de codificación con la nueva clasificación CIE10-ES. También se ha solicitado la actualización de información sobre los códigos CIAP que se vienen utilizando, de forma que se actualice todo el mapeo después de estos años y confirmar que la recogida de datos es comparable entre servicios de salud y por tanto, la calidad de los datos agregados para el conjunto del SNS que se muestran en este Informe y sucesivos.

Cómputo de casos

Por otra parte, en 2013, se consensuó el **método de cómputo común para extraer el cálculo global de casos detectados y registrados en el conjunto del SNS**, al considerar como caso el que se recoge por HC, independientemente del número de partes de lesiones (PL) que hayan podido generarse en cada mujer, puesto que **es un dato de casos identificados y no episodios** (a dife-

rencia de otros datos de interés, que pudieran proceder de otros sectores diferente al sanitario).

Por tanto, **el dato agregado a nivel del SNS y la cifra final de cada año**, sobre número total de casos de mujeres maltratadas, detectados y registrados en los servicios sanitarios, se calculará eliminando posibles duplicados, contando:

Asimismo, sigue siendo necesario tener en cuenta la **diversidad de los sistemas de información que subyacen** a efectos comparativos y de agregación de datos para el conjunto del SNS:

LA SUMA DE TODOS LOS CASOS

detectados por ÁMBITO ASISTENCIAL (AP y AE) en aquellas CCAA que utilizan UNA SOLA FUENTE de datos (HC) o (PL)

+

los obtenidos sólo A PARTIR DE LA HC en aquellas CCAA que contabilizan casos por AMBAS FUENTES (HC y PL)

- tanto para el cálculo de **TASAS**, como
- para obtener los indicadores comunes que aportan **ASPECTOS CUALITATIVOS** respecto a los casos detectados (grupos de edad, nacionalidad, situación laboral, situación de embarazo, etc.).

Durante 2016 y 2017, el grupo de trabajo Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la VG, dependiente de esta Comisión, estuvo trabajando en la mejora de estos aspectos, constatando la unificación de criterios de recogida como:

- **nacionalidad versus país de nacimiento**,
- la relación entre la **situación laboral y grupo de edad** de las mujeres maltratadas, y
- la aproximación desde el ámbito sanitario a la prevención y detección de casos en los contextos de **mayor vulnerabilidad** (*embarazo, hijas e hijos de estas mujeres, discapacidad*), todas ellas cuestiones fundamentales desde el punto de vista epidemiológico y para ajustar mejor la respuesta sanitaria a la realidad de lo que acontece y llega a la consulta diaria.

La prevención y detección precoz, el acompañamiento y seguimiento en salud es nuestra labor fundamental, como sector integrado con otros sectores en la lucha contra la violencia de género y en cumplimiento de la Ley Orgánica 1/2004 y la Estrategia Nacional de Erradicación de la Violencia de Género.

Finalmente, desde el año 2016, con el apoyo técnico del personal de la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se viene utilizando un formato de **cuestionario online**, que permite a cada CA remitir sus indicadores anuales para el cómputo agregado del SNS y su análisis ofrecido en este Informe de periodicidad anual.

Indicadores

La estructura del informe sigue los indicadores consensuados en la Comisión:

Magnitud

1. Casos detectados en mujeres de 14 años o más.
2. Numero de partes de lesiones emitidos por nivel asistencial.
3. Casos detectados en atención primaria.
4. Casos detectados en atención especializada.

Características del maltrato

5. Casos detectados según el tipo de maltrato.
6. Casos detectados según duración del maltrato.
7. Casos detectados según la relación de convivencia con el maltratador.

Características de las mujeres

8. Casos detectados por edad.
9. Casos detectados por nacionalidad.
10. Casos detectados según situación laboral.
11. Casos detectados en mujeres embarazadas.

Descripción de los sistemas de notificación

Se observan diferencias en los sistemas de notificación. La **fuentes** de la información puede provenir de historia clínica (HC) o de los partes de lesiones (PL). El sistema de notificación puede estar implantado en distintos ámbitos: atención primaria (AP), atención hospitalaria (AE) o en ambas.

La organización de ciertos **servicios específicos** puede estar total o parcialmente integradas en los niveles asistenciales anteriormente mencio-

dados o incluso ser independientes de éstos, como las redes de atención a las urgencias sanitarias o la salud mental. Así los casos atendidos en los servicios de urgencias de AP podrían estar cubiertos por el sistema de notificación de una comunidad y no de otra.

El método empleado para el **control de duplicados** varía según la CA. Algunas realizan una revisión de las notificaciones caso a caso, otras emplean un identificador único y otras no han podido realizar las actividades de dicho control. Además, estos controles se pueden aplicar con diferentes perspectivas, eliminando los duplicados dentro de cada ámbito (AP-AP) o entre ámbitos (AP-AE).

Los **protocolos de asistencia** también pueden suponer un elemento de variabilidad en el sistema, por ejemplo, en algunas de las entidades notificadoras la atención al embarazo se realiza desde AP y en otras desde AE, cambiando la sensibilidad y la aproximación a la detección de violencia de género en este contexto de mayor vulnerabilidad.

La implantación de **programas de cribado** para la violencia de género también podría explicar parte de la variabilidad entre aquellas CCAA que tienen implantado el sistema y las que no (ejemplo C. Valenciana, La Rioja). Además, los criterios de aplicación de los cribados pueden variar, estando en alguna comunidad orientados a los servicios de atención al embarazo y en otros orientados a los servicios de atención a las mujeres adultas en general.

Abreviaturas utilizadas en las tablas:

CCAA: Comunidades Autónomas

CA: Comunidad Autónoma

N: Número

T: Tasas sobre 100.000 mujeres \geq 14 años

AP: Atención Primaria

AE: Atención Hospitalaria

(-): Sin datos

HC: Historia clínica

Abreviaturas de las comunidades autónomas

Andalucía	(AN)	Extremadura	(EX)
Aragón	(AR)	Galicia	(GA)
Asturias, Principado de	(AS)	Madrid, Comunidad de	(MD)
Baleares, Illes	(IB)	Murcia, Región de	(MC)
Canarias	(CN)	Navarra, C. Foral de	(NC)
Cantabria	(CB)	País Vasco	(PV)
Castilla y León	(CL)	La Rioja	(RI)
Castilla-La Mancha	(CM)	Ceuta	(CE)
Cataluña	(CT)	Melilla	(ML)
Comunidad Valenciana	(VC)		

Cobertura de la notificación

La cobertura se evalúa empleando dos dimensiones: la cantidad de población cubierta y la cantidad de información recibida. La cobertura poblacional se calcula como la proporción de mujeres de 14 años y más que viven en una CA que notifican al sistema de vigilancia. La cobertura de indicadores se expresa como el número de indicadores facilitado por cada CA.

En el año 2017 informaron 16 CCAA mientras que en el 2018 informaron 17 CCAA. La **cobertura poblacional** pasó del 82,5% al 83,7%. Al desagregar por la fuente de notificación se observa que la cobertura sólo por HC pasó del 33,2% al 39,8%, la cobertura sólo por PL del 29,3% al 29,1% y la cobertura por ambas del 20,0 al 14,8% en 2017 y 2018 respectivamente (tablas 1a, 1b y 1c).

La **cobertura de indicadores** varía según la CA. En total podían notificarse 10 indicadores por CA y nivel asistencial. A través de la HC en el año 2017 se notificaron una mediana de 16 indicadores (rango: 4 a 20), siendo en el año 2018 de 15,5 indicadores (rango: 8,7 a 7,5). A través del PL en el año 2017 se notificaron una mediana de 18 indicadores (rango: 16 a 20) siendo estos datos idénticos para el año 2018 (tabla 1a y 1b).

Tabla 1a. Cobertura de la notificación por historia clínica según CA

HISTORIA CLÍNICA (HC)								
CCAA	2017				2018			
	Notificación por historia clínica	Cobertura de población	Cobertura de indicadores		Notificación por historia clínica	Cobertura de población	Cobertura de indicadores	
			AP	AE			AP	AE
	Sí/No	%	N	N	Sí/No	%	N	N
AN	No				No			
AR	Sí	2,8	9	7	Sí	2,8	9	7
AS	Sí	2,4	9	10	Sí	2,4	9	9
IB	Sí	2,3	4	0	Sí	2,4	7	3
CN	Sí	4,5	7	8	Sí	4,6	8	8
CB	Sí	1,3	10	10	Sí	1,3	10	10
CM	Sí	4,2	8	8	Sí	4,2	9	2
CL	No				No			
CT	-				-			
VC	Sí	10,5	10	10	Sí	10,5	10	10
EX	Sí	2,3	9	10	Sí	2,3	8	8
GA	No				No			
MD	Sí	14,2	8	7	Sí	14,3	8	6
MR	Sí	3	2	10	Sí	3	6	9
NC	-				Sí	1,4	6	1
PV	Sí	4,8	9	4	Sí	4,8	9	4
RI	Sí	0,7	10	10	Sí	0,7	10	10
CE	No				-			
ML	-				No			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Tabla 1b. Cobertura de la notificación por partes de lesiones según CA

PARTE DE LESIONES (PL)								
CCAA	2017				2018			
	Notificación por partes de lesiones	Cobertura de población	Cobertura de indicadores		Notificación por partes de lesiones	Cobertura de población	Cobertura de indicadores	
			AP	AE			AP	AE
	Sí/No	%	N	N	Sí/No	%	N	N
AN	Sí	17,7	8	8	Sí	17,6	8	8
AR	No				No			
AS	Sí	2,4	9	10	No			
IB	No				No			
CN	No				No			
CB	No				No			
CM	Sí	4,2	8	9	Sí	4,2	9	9
CL	Sí	5,3	10	10	Sí	5,3	10	10
CT	-				-			
VC	Sí	10,5	9	9	Sí	10,5	9	9
EX	No				No			
GA	Sí	6,1	9	9	Sí	6,1	9	9
MD	No				No			
MR	No				No			
NC	-				No			
PV	No				No			
RI	No				No			
CE	Sí	0,2	9	9	-			
ML	-				Sí	0,2	9	8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Tabla 1c. Cobertura poblacional por fuente de la declaración

Fuente de notificación	2017			2018		
	CCAA	Mujeres	Cobertura	CCAA	Mujeres	Cobertura
	N	N	%	N	N	%
Sólo declaran por HC	8	6.826.116	33,2	11	8.236.641	39,8
Sólo declaran por PL	4	6.026.082	29,3	4	6.028.207	29,1
Declaran por ambas	4	4.110.604	20,0	2	3.055.857	14,8
Total cobertura	16	16.962.802	82,5	17	17.320.705	83,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El dato "N" de mujeres corresponde al total de población de mujeres de 14 años y más en las N CCAA que notifican por la fuente referida en dicha tabla de donde se deriva el dato de Cobertura en % de población que quedaría cubierta por dicho tipo de notificación si se diera como caso de VG.

La **cobertura de indicadores** varía según la CA. En total podían notificarse 10 indicadores por CA y nivel asistencial. A través de la HC en el año 2017 se notificaron una mediana de 16 indicadores (rango: 4 a 20), siendo en el año 2018 de 15,5 indicadores (rango: 8,7 a 7,5). A través del PL en el año 2017 se notificaron una mediana de 18 indicadores (rango: 16 a 20) siendo estos datos idénticos para el año 2018.

Magnitud del problema

El número de casos recogidos mediante **historia clínica** fue de **10.114** en 2017 y de **12.827** en 2018 lo que supone un incremento del 27%. Este incremento se debe parcialmente al aumento en el número de CCAA que notifican y a la mejora en la exhaustividad de algunos sistemas. Al ajustar por la población de mujeres de 14 años o más de las CCAA que notificaron se observa que las tasas fueron de 97,72/100.000 en 2017 y 116,72/100.000 en 2018 suponiendo un aumento del 19%. Desagregando por ámbito asistencial, las tasas en atención primaria pasaron de 76,00/100.000 en 2017 a 91,63/100.000 en 2018, lo que implica un incremento del 19%. Las tasas en atención hospitalaria pasaron de 21,72/100.000 a 30,64/100.000 en ese mismo periodo, suponiendo un incremento del 41%. En cuanto al número de CCAA que pudieron facilitar información de atención primaria pasaron de 11 en 2017 a 13 en 2018, manteniéndose estable el número que notifican a través de atención hospitalaria (n = 7) en los dos años (tabla 2a).

Tabla 2a. Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por historia clínica

HISTORIA CLÍNICA (HC)								
CCAA	2017				2018			
	AP (11 CCAA)		AE (11 CCAA)		AP (13 CCAA)		AE (11 CCAA)	
	N	T	N	T	N	T	N	T
AN								
AR	143	24,7	514	88,76	152	26,22	542	93,49
AS	495	101,13	361	73,75	652	134,03	652	134,03
IB	506	104,83			561	114,79	11	2,25
CN	1.193	128,08	248	26,62	1.437	150,90	537	56,95
CB	193	73,44	206	78,38	196	74,44	240	91,15
CM	376	43,01	2	0,23	1.108	126,85		
CL								
CT	-		-		-		-	
VC	1.716	79,16	215	9,92	1.713	78,49	215	9,92
EX	33	6,91	10	2,09	35	7,37	18	3,79
GA								
MD	2.705	92,36	12	0,41	2.832	95,44	18	0,6
MR			193	31,29	673	108,24	366	58,87
NC	-		-		431	153,00		
PV	400	40,51	450	45,57	456	46,00	488	49,23
RI	83	59,83	60	43,25	101	72,68	59	42,46
CE					-		-	
ML	-		-					
ES	7.843	76,00	2.271	21,72	10.347	91,63	3.106	30,64

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

El número de casos recogidos mediante **partes de lesiones** pasó de 10.740 casos en 2017 a 10.404 casos en 2018, dándose un descenso del -3%. Esta reducción se debe principalmente a que el número de CCAA que pudieron facilitar información por esta fuente pasó de 7 a 6. Las tasas muestran no obstante un incremento, pasando de 97,72/100.000 a 116,72/1000, suponiendo un aumento del 19%. Desagregando por ámbito asistencial, las tasas en atención primaria pasaron de 86,58/100.000 en 2017 a 90,32/100.000 en 2018, lo que supone un incremento del 5%. Las tasas en atención hospitalaria pasaron de 25,79/100.000 a 24,21/100.000, lo que implica un descenso del -6% (tabla 2b).

Tabla 2b. Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por partes de lesiones

PARTE DE LESIONES (PL)								
	2017				2018			
	AP (11 CCAA)		AE (11 CCAA)		AP (13 CCAA)		AE (11 CCAA)	
CCAA	N	T	N	T	N	T	N	T
AN	3.950	108,64	1.020	28,05	4.022	111,05	1.007	27,8
AR								
AS	268	54,75	188	38,41				
IB								
CN								
CB								
CM	826	94,49	280	32,03	788	90,22	279	31,94
CL	409	37,22	251	22,84	399	36,52	170	15,56
CT	-		-		-		-	
VC	1729	79,76	393	18,13	1.804	82,69	401	18,38
EX								
GA	1062	84,44	295	23,46	1.137	90,57	313	24,93
MD								
MR								
NC	-		-					
PV								
RI								
CE	31	91,85	38	112,59	-		-	
ML	-		-		55	164,15	29	86,55
ES	8.275	86,58	2.465	25,79	8.205	90,32	2.199	24,21

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Características del maltrato

Tipo de maltrato

En los casos recogidos mediante **historia clínica** de **atención primaria** la violencia psicológica y la física presentan una distribución similar, presentando ambas una frecuencia del 47% en el año 2017, pero varía en 2018 al descender la psicológica (46%) y aumentar la física (49%). En los casos provenientes de **atención hospitalaria** se detecta con mayor frecuencia la violencia física tanto en 2017 (60%) como en 2018 (52%) seguida de la violencia psicológica, aunque con una frecuencia menor en comparación con las atendidas en atención primaria (tabla 3a).

En los casos recogidos mediante **partes de lesiones en atención primaria** destaca la violencia física (80%) seguida de la psicológica (30%) presentado la misma distribución en los dos años del informe. En los casos provenientes de **atención hospitalaria** también se observa este predominio de violencia física siendo pasando del 85% en 2017 al 87% y en 2018 (tabla 3b).

Cabe destacar que la violencia sexual, a pesar de ser la menos detectada por el sistema de vigilancia, tiene un impacto muy relevante en la salud de las mujeres. Sumando los casos provenientes de historia clínica de los dos ámbitos asistenciales un total de 536 mujeres en 2017 y de 893 mujeres en 2018 que sufrieron violencia sexual fueron registradas, lo que implica que una media de 2 mujeres al día reconoce en las consultas del Sistema Nacional de Salud haber sufrido este tipo de violencia. Esto destaca la importancia de que las personas que trabajan en el sistema estén preparadas para abordar este tipo de violencia.

Tabla 3a. Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
Tipo	2017						2018					
	AP (11 CCAA)			AE (11 CCAA)			AP (13 CCAA)			AE (10 CCAA)		
	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md
Psicológico	3.677	47	44	651	29	18	4.778	46	43	994	32	39
Sexual	362	5	3	174	8	10	652	6	6	241	8	8
Físico	3.698	47	60	1.269	56	67	5.108	49	53	1.631	52	55
No consta	2.139	27	4	460	20	0	1.563	15	1	1.031	33	0
Total	7.843	-	-	2.271	-	-	10.347	-	-	3.117	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Tabla 3b. Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones

PARTE DE LESIONES (PL)												
Tipo	2017						2018					
	AP (11 CCAA)			AE (11 CCAA)			AP (13 CCAA)			AE (10 CCAA)		
	N	%	Md									
Psicológico	2.443	30	33	473	19	18	2.464	30	30	375	17	12
Sexual	134	2	2	124	5	5	185	2	2	108	5	5
Físico	6.626	80	87	2.096	85	88	6.615	80	86	1.962	87	87
No consta	522	6	1	138	6	5	482	6	3	76	3	3
Total	8.275	-	-	2.465	-	-	8.227	-	-	2.257	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Duración del maltrato

En los casos recogidos mediante **historia clínica de atención primaria** la duración del maltrato inferior a un año fue mucho más frecuente (68%) seguida de la duración de 1 a 4 años (26%). En el año 2018 la distribución se mantiene similar, pero destaca el incremento de los casos en los que no consta la duración, pasando del 12% en 2017 al 26% en 2018. En las mujeres detectadas desde **atención hospitalaria** destaca la falta de información en los dos años del informe, siendo del 56% en 2017 y llegando al 70% en 2018 (tabla 4a).

Los casos detectados por **partes de lesiones** muestran una distribución similar: la duración inferior a un año es la más frecuente seguida de la duración de 1 a 4 años en ambos años, aumentando los casos en los que no consta la información es mayor en 2018 respecto al 2017 así como en los casos detectados en AE respecto a AP (tabla 4b).

Tabla 4a. Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica

DURACIÓN CLÍNICA (HC)												
Duración	2017						2018					
	AP (8 CCAA)			AE (8 CCAA)			AP (9 CCAA)			AE (7 CCAA)		
	N	%	Md									
< 1 año	3.826	68	43	265	20	38	4.386	55	40	234	11	18
1 a 4 años	915	16	23	220	17	22	815	10	9	225	11	22
5 a 9 años	93	2	2	36	3	0	288	4	2	78	4	5
≥ 10 años	112	2	1	51	4	1	412	5	0	86	4	4
No consta	703	12	16	723	56	21	2.110	26	23	1.446	70	19
Perdido*	0	0	-	0	0	-	19	0	-	0	0	-
Total	5.649	100	-	1.295	100	-	8.030	100	-	2.069	100	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. CCAA: Comunidades Autónomas; N: Número; Md: Mediana; AP: Atención Primaria; AE: Atención Hospitalaria; (-): Sin datos; HC: Historia clínica; *Perdido: en Canarias (19 de AP 2018) hay casos que no están incluidos en ninguna de las categorías de respuesta.

Tabla 4b. Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica

PARTE DE LESIONES (PL)												
Duración	2017						2018					
	AP (3 CCAA)			AE (4 CCAA)			AP (3 CCAA)			AE (2 CCAA)		
	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md
< 1 año	883	70	48	163	22	25	858	69	34	143	32	32
1 a 4 años	166	13	13	111	15	17	146	12	16	84	19	18
5 a 9 años	44	3	7	22	3	3	34	3	2	17	4	4
≥ 10 años	31	2	7	30	4	2	29	2	5	20	4	5
No consta	142	11	10	375	50	40	175	14	35	185	41	41
Perdido*	0	0	-	56	7	-	0	0	-	0	0	-
Total	1.266	100	-	757	100	-	1.242	100	-	449	100	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. *Perdido: en Castilla-La Mancha (56 de AE 2017) hay casos que no están incluidos en ninguna de las categorías de respuesta.

Relación de la mujer con el agresor

En los casos recogidos mediante **historia clínica** la pareja de la mujer es el agresor más frecuente, seguido de la expareja. Este patrón se repite en los diferentes ámbitos asistenciales en los dos años del informe. Cabe destacar la gran proporción de casos en los que no consta la información de la relación con el agresor lo que dificulta la interpretación de este indicador (tabla 5a).

En los casos detectados mediante **parte de lesiones** la distribución es similar, siendo la pareja el agresor más frecuente seguido de la expareja, tanto en AP como AE y en los dos años (tabla 5b).

Tabla 5a. Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por historia clínica

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
Agresor	2017						2018					
	AP (8 CCAA)			AE (10 CCAA)			AP (10 CCAA)			AE (8 CCAA)		
	N	%	Md									
Pareja	1.786	31	50	736	40	30	2.130	27	46	858	38	60
Expareja	1.013	18	23	227	12	9	1.853	24	19	298	13	15
Padre	140	2	1	13	1	0	161	2	1	24	1	1
Hermano	131	2	0	26	1	0	243	3	0	46	2	2
No familiar	152	3	2	82	5	5	165	2	1	58	3	2
No consta	2.546	44	19	735	40	4	2.964	38	23	784	35	9
Perdido*	0	0	-	2	0	-	290	4	-	195	9	-
Total	5.768	100	-	1.821	100	-	7.806	100	-	2.263	100	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. *Perdido: en Aragón (2 de AE 2017), Asturias (111 de AP 2018; 220 de AE 2018), Canarias (14 de AP 2018), C. Valenciana (179 de AP 2018) y Baleares (11 de AE 2018) hay casos que no están incluidos en ninguna de las categorías de respuesta. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Tabla 5b. Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones

PARTE DE LESIONES (PL)												
Agresor	2017						2018					
	AP (6 CCAA)			AE (7 CCAA)			AP (6 CCAA)			AE (6 CCAA)		
	N	%	Md									
Pareja	3.314	44	64	1.072	43	57	4.909	60	68	1.215	54	60
Expareja	1.310	18	22	432	18	18	1.711	21	20	409	18	18
Padre	70	1	1	25	1	2	92	1	1	25	1	1
Hermano	175	2	2	52	2	1	166	2	2	40	2	1
No familiar	289	4	3	108	4	2	281	3	2	82	4	2
No consta	1.987	27	3	552	22	13	1.095	13	5	494	22	13
Perdido*	304	4	-	224	9	-	1	0	-	0	0	-
Total	7.449	100	-	2.465	100	-	8.227	100	-	2.257	100	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. *Perdido: en Andalucía (304 de AP 2017 y 208 de AE 2017), Castilla-La Mancha (16 de AE 2017) y Melilla (1 de AP 2018) hay casos que no están incluidos en ninguna de las categorías de respuesta. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Características de las mujeres

Edad de las mujeres

En los casos recogidos mediante **historia clínica de atención primaria** el grupo de edad más afectado corresponde al de mujeres adultas jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 44 años en ambos años del informe presentando tasas superiores a los 100/100.000. La información procedente de **atención hospitalaria** presenta una distribución similar pero las tasas son más elevadas en el grupo de 20 a 24 años, tanto en 2017 (53,82/100.000) como en el 2018 (74,20/100.000) (tabla 6a).

Los datos recogidos mediante **partes de lesiones de atención primaria** del mismo modo tasas elevadas en las mujeres adultas jóvenes de 20 a 44 años. Los datos de **atención hospitalaria** del año 2017 muestran igualmente una mayor tasa en las mujeres de 20 a 24 años (62,35/100.000) pero en el año 2018 las tasas más elevadas se dan en las mujeres de 25 a 29 años (58,90/100.000) (tabla 6b).

Tabla 6a. Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
Edad	2017						2018					
	AP (10 CCAA)			AE (11 CCAA)			AP (13 CCAA)			AE (11 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
14-19	453	6	72,66	189	8	30,31	629	6	86,90	266	9	41,31
20-24	632	9	119,76	284	13	53,82	882	9	144,19	404	13	74,20
25-29	763	10	127,22	303	13	50,52	1063	10	152,88	351	11	56,26
30-34	878	12	126,86	313	14	45,23	1208	12	150,94	407	13	56,50
34-39	1.039	14	121,32	317	14	37,01	1361	13	137,84	418	13	47,01
40-44	981	13	103,82	292	13	30,90	1359	13	125,62	394	13	40,40
45-49	707	10	78,47	195	9	21,64	984	10	95,64	321	10	34,69
50-54	533	7	61,36	140	6	16,12	714	7	72,21	213	7	23,98
55-59	344	5	43,68	81	4	10,28	455	4	51,03	131	4	16,35
60-64	278	4	41,28	46	2	6,83	319	3	41,96	77	2	11,20
65-69	215	3	35,42	36	2	5,93	266	3	38,87	53	2	8,56
≥70	512	7	28,15	61	3	3,35	561	5	27,52	92	3	5,06
No consta	2	0	-	14	1	-	540	5	-	0	0	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 6b. Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones

PARTE DE LESIONES (PL)												
Edad	2017						2018					
	AP (7 CCAA)			AE (7 CCAA)			AP (6 CCAA)			AE (6 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
14-19	472	6	75,71	177	8	28,39	492	6	83,63	145	6	24,65
20-24	938	11	177,75	329	14	62,35	900	11	182,10	266	12	53,82
25-29	1060	13	176,74	305	13	50,85	1065	13	194,82	322	14	58,90
30-34	1220	15	176,28	355	16	51,29	1218	15	195,83	352	16	56,60
34-39	1330	16	155,29	404	18	47,17	1327	16	171,93	360	16	46,64
40-44	1101	13	116,52	308	13	32,60	1121	14	133,50	288	13	34,30
45-49	847	10	94,01	229	10	25,42	818	10	100,74	202	9	24,88
50-54	555	7	63,89	136	6	15,66	553	7	69,31	141	6	17,67
55-59	288	3	36,57	80	3	10,16	276	3	38,17	78	3	10,79
60-64	165	2	24,50	65	3	9,65	169	2	27,47	31	1	5,04
65-69	111	1	18,29	31	1	5,11	99	1	17,88	27	1	4,88
≥70	167	2	9,18	40	2	2,20	187	2	10,88	45	2	2,62
No consta	21	0	-	6	0	-	2	0	-	0	0	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Nacionalidad de las mujeres

Los casos procedentes de **historia clínica de atención primaria** muestran que las incidencias más elevadas se dan en las mujeres andinas, con tasas superiores a 300/100.000, seguidas por las mujeres procedentes de países de bajos ingresos y las mujeres marroquíes con tasas superiores a las 100/100.000. Las tasas en 2018 muestran una distribución similar, pero son inferiores en magnitud a las observadas en 2017. Las mujeres detectadas en **atención hospitalaria** muestran unas tasas más bajas al compararlas con las detectadas en atención primaria y las diferencias entre las distintas nacionalidades son menos marcadas, sin embargo, las andinas siguen siendo las más afectadas con tasas superiores a 40/100.000 seguidas de las mujeres procedentes de países de bajos ingresos y las mujeres marroquíes con tasas superiores a los 20/100.000. Es de destacar que la proporción de mujeres de nacionalidad desconocida es mayor en el ámbito de la atención hospitalaria (tabla 7a).

Los casos procedentes de los **partes de lesiones** muestran las mismas características. En **atención primaria** al comparar tasas de las mujeres españolas con las de mujeres de otras nacionalidades estas se multiplican aproximadamente por 12 en las andinas, por 8 en las marroquíes, por 6 en mujeres procedentes de países de bajos ingresos y por 4 en las rumanas. Los datos procedentes de **atención hospitalaria** muestran una distribución similar, aunque con diferencias menos marcadas entre las nacionalidades (tabla 7b).

Estos datos podrían estar poniendo de manifiesto situaciones en las que se solapan desventajas sociales, aumentando el riesgo que tienen las mujeres de ser agredidas al estar sometidas a determinantes como tener un estatus legal de falta de documentación, un origen étnico real o percibido como no caucásico o el sometimiento a procesos de racialización por parte de la comunidad. La información disponible para este indicador hace referencia a la nacionalidad de las mujeres desconociendo la nacionalidad de los agresores u otras circunstancias que podrían estar actuando como factores de confusión. Los datos publicados por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género para el año 2016 recogen que el 82,9% de las llamadas al 016 fueron realizadas por mujeres españolas y el 8,4% por mujeres latinas, en relación los agresores el 87,3% fueron hombres españoles y el 4,6% hombres latinos.

Tabla 7a. Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
Nacionalidad	2017						2018					
	AP (11 CCAA)			AE (9 CCAA)			AP (12 CCAA)			AE (8 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
Españolas	5.014	64	54,23	650	50	7,03	5.882	61	63,36	1.153	58	15,79
Rumanas	275	4	136,39	19	1	9,42	333	3	100,64	52	3	17,71
Marroquíes	228	3	253,69	29	2	32,27	286	3	124,45	84	4	36,91
Andinas	729	9	586,36	53	4	42,63	904	9	337,45	119	6	46,37
Ingresos altos	446	6	151,44	56	4	19,01	365	4	81,26	101	5	25,32
Ingresos bajos	878	11	241,34	88	7	24,19	971	10	183,1	188	10	40,52
No consta	551	7	-	314	24	-	919	9	-	280	14	-
Perdido*	278	-	-	10	-	-	14	-	-	0	-	-
Total	7.843	-	-	1.307	-	-	9.674	-	-	1.977	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. *Perdidos: en Baleares (278 de AP 2017), Cantabria (10 de AE 2017) y Canarias (14 de AP 2018) hay casos que no están incluidos en ninguna de las categorías de respuesta. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente. Países andinos: Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia.

Tabla 7b. Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones

PARTE DE LESIONES (PL)												
Nacionalidad	2017						2018					
	AP (7 CCAA)			AE (7 CCAA)			AP (6 CCAA)			AE (6 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
Españolas	5.373	65	60,74	1.507	61	17,04	5.121	62	61,45	1.504	67	18,05
Rumanas	358	4	278,56	81	3	63,03	330	4	268,24	65	3	52,84
Marroquíes	375	5	426,17	82	3	93,19	422	5	478,36	128	6	145,1
Andinas	418	5	713,59	145	6	247,54	452	5	753,94	142	6	236,86
Ingresos altos	364	4	156,5	65	3	27,95	377	5	161,58	73	3	31,29
Ingresos bajos	756	9	369,74	234	9	114,44	752	9	355,3	217	10	102,53
No consta	631	8	-	351	14	-	771	9	-	128	6	-
Perdido	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Total	8.275	-	-	2.465	-	-	8.227	-	-	2.257	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente.

Situación laboral

En los casos procedentes de **historia clínica**, destaca la proporción de mujeres sin trabajo remunerado de atención hospitalaria frente a atención primaria tanto en el año 2017 (46% frente a 38%) como en el 2018 (41% frente a 18%). Destaca también la disminución en la proporción de casos sin trabajo remunerado de atención primaria de 2018 respecto a 2017 sin embargo este dato hay que interpretarlo con cautela puesto que se incrementa de forma importante la proporción de mujeres en las que no consta su situación laboral, pasando del 36% en 2017 al 55% en 2018 (tabla 8a).

La calidad de la información mejora para los **partes de lesiones** donde la proporción de perdidos es menor para los diferentes ámbitos asistenciales (AP y AE) en los dos años del informe. En los casos notificados por esta vía, el trabajo no remunerado sigue siendo la situación más frecuente, aunque las diferencias observadas entre atención primaria y atención hospitalaria son menores tanto para 2017 (54% frente a 42%) como para 2018 (52% frente a 41%) (tabla 8b).

**Tabla 8a. Situación laboral de las mujeres.
Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica**

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
	2017						2018					
	AP (7 CCAA)			AE (6 CCAA)			AP (8 CCAA)			AE (6 CCAA)		
	N	%	Md									
Trabajo remunerado												
Sí	908	28	33	329	31	37	1.342	27	29	401	26	36
No	1.192	36	38	484	46	54	897	18	27	633	41	51
No consta	1.182	36	12	227	22	4	2.695	55	46	498	33	7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

**Tabla 8b. Situación laboral de las mujeres.
Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones**

PARTE DE LESIONES (PL)												
	2017						2018					
	AP (5 CCAA)			AE (5 CCAA)			AP (5 CCAA)			AE (4 CCAA)		
	N	%	Md									
Trabajo remunerado												
Sí	1.636	38	38	400	28	9	1.676	40	40	373	31	9
No	2.312	54	52	586	42	15	2.097	50	52	499	41	13
No consta	349	8	10	422	30	15	434	10	5	347	28	10

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Embarazo

En los casos detectados por **historia clínica** de **atención primaria** el 6% de casos registrados fueron detectados en mujeres embarazadas en el 2017, cifra que se reduce al 4% en 2018. Los datos de atención hospitalaria muestran también un descenso pasando del 4% en 2017 al 3% en 2018 (tabla 9a). En comparación con las tasas globales de población general (disponibles en la tabla 2a) la situación de embarazo multiplica por 2 el riesgo de estar en situación de malos tratos.

En los casos detectados por **partes de lesiones** de atención primaria la proporción de mujeres embarazadas se mantiene en el 2% para los dos años del informe. Esta proporción es superior en atención hospitalaria y muestra un descenso del 5% en 2017 al 4% en 2018 (tabla 9b).

**Tabla 9a. Casos detectados en mujeres embarazadas.
Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica**

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
	2017						2018					
	AP (8 CCAA)			AE (8 CCAA)			AP (9 CCAA)			AE (5 CCAA)		
	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md
Mujeres embarazadas	396	6	144,67	59	4	22,38	322	4	187,16	49	3	71,95

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.: Tasas sobre 100.000 nacidos.

**Tabla 9b. Casos detectados en mujeres embarazadas.
Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones**

PARTE DE LESIONES (PL)												
	2017						2018					
	AP (6 CCAA)			AE (6 CCAA)			AP (4 CCAA)			AE (5 CCAA)		
	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md	N	%	Md
Mujeres embarazadas	175	2	106,45	86	5	59,17	150	2	100,7	84	4	55,89

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.: Tasas sobre 100.000 nacidos.

Conclusiones

- El número de casos recogidos mediante **historia clínica (HC)** fue de **10.114** en 2017 y de **12.827** en 2018, lo que supone un incremento del 27%. Este incremento se debe parcialmente al aumento en el número de CCAA que notifican y a la mejora en la exhaustividad de algunos sistemas.
- El número de casos recogidos mediante **partes de lesiones** pasó de **10.740** casos en 2017 a **10.404** casos en 2018, dándose un descenso del -3%.
- Desagregando por ámbito asistencial, las **tasas** de detección con registro en HC y desde **atención primaria** pasaron de 76/100.000 en 2017 a 91,63/100.000 en 2018, lo que implica un **incremento del 19%**. En **atención hospitalaria** pasaron de 21,72/100.000 a 30,64/100.000 en ese mismo periodo, suponiendo un **incremento del 41%**. En cuanto al número de CCAA que pudieron facilitar información de atención primaria pasaron de 11 en 2017 a 13 en 2018, manteniéndose estable el número que notifican a través de atención hospitalaria (n = 7CCAA) en los dos años.
Desagregando por ámbito asistencial, las tasas de detección y registro notificado desde PL en **atención primaria** pasaron de 86,58/100.000 en 2017 a 90,32/100.000 en 2018, lo que supone un incremento del 5%. Las tasas en **atención hospitalaria** pasaron de 25,79/100.000 a 24,21/100.000, lo que implica un descenso del -6%
- Un limitado número de CCAA siguen sin poder realizar un **control de posibles casos duplicados** entre los ámbitos asistenciales (AP-AE). Es necesario completar este proceso para garantizar la fiabilidad de la información.
- En los casos recogidos mediante **historia clínica** de **atención primaria** la violencia psicológica y la física presentan una distribución similar, presentando ambas una frecuencia del 47% en el año 2017, pero varía en 2018 al descender la psicológica (46%) y aumentar la física (49%). En los casos provenientes de **atención hospitalaria** se detecta con mayor frecuencia la violencia física.
- En los casos recogidos mediante **partes de lesiones** en **atención primaria** destaca la violencia física (80%) seguida de la psicológica (30%).
- Sumando los casos provenientes de historia clínica de los dos ámbitos asistenciales, un total de 536 mujeres en 2017 y de 893 mujeres en 2018 que sufrieron **violencia sexual** fueron registradas, lo que implica que una media de 2 mujeres al día reconoce en las consultas del Sistema Nacional de Salud haber sufrido este tipo de violencia.
- En los casos recogidos, tanto desde **historia clínica** de **atención primaria** como desde **parte de lesiones**, el grupo de edad más afectado corres-

ponde al de mujeres adultas jóvenes, con **edades comprendidas entre los 20 y los 44 años** en ambas fuentes.

- Los datos de **atención hospitalaria** del año 2017 muestran igualmente una mayor tasa en las mujeres de 20 a 24 años (62,35/100.000) pero en el año 2018 las tasas más elevadas se dan en las mujeres de 25 a 29 años (58,90/100.000)
- Indicadores como **duración del maltrato**, casos de violencia de género en **mujeres embarazadas o situación laboral**, tienen un amplio margen de mejora que realizar.
- Los **protocolos de asistencia** también pueden suponer un elemento de variabilidad en el sistema, por ejemplo, en algunas de las entidades notificadoras la atención al embarazo se realiza desde AP y en otras desde AE, cambiando la sensibilidad y la aproximación a la detección de violencia de género en este contexto de mayor vulnerabilidad.
- La implantación de **programas de cribado** para la violencia de género también podría explicar parte de la variabilidad entre aquellas CCAA que tienen implantado el sistema y las que no (ejemplo C. Valenciana, La Rioja). Además, los criterios de aplicación de los cribados pueden variar, estando en alguna comunidad orientados a los servicios de atención al embarazo y en otros orientados a los servicios de atención a las mujeres adultas en general.

Recomendaciones y retos de futuro

- Es necesario seguir mejorando en el conjunto del SNS los aspectos de **correlación de datos entre Historia Clínica (HC) y Parte de Lesiones (PL)**, mejorando la cumplimentación de ambas fuentes, ya que ofrecen complementaria para obtener los indicadores comunes del SNS. La herramienta de trabajo para que los equipos de profesionales en el ámbito sanitario puedan seguir adecuadamente los procesos de salud-enfermedad de cada paciente es la Historia Clínica (HC), por tanto, en ella debe quedar reflejada la situación de sospecha o caso de maltrato. El parte de lesiones es un complemento de información asociado a la HC, que aporta información sobre episodios determinados en la historia de maltrato, pero el seguimiento en salud continua debe hacerse a través de la historia clínica y del CIP de esa paciente o del CIP de sus hijas e hijos como víctimas también de ese maltrato.
- Teniendo esto en consideración, se ha de aspirar a **mejorar los sistemas de información sanitaria** para que los datos de los campos que se cumplimenten en el parte de lesiones procedan de los datos reflejados ya en las pantallas correspondientes del Protocolo que se cumplimentan al rellenarlas en relación con la HC de la mujer.

- En caso de detectarse maltrato infantil, es necesario discriminar si es un caso en una hija o un hijo de una mujer maltratada, y por tanto fundamental la coordinación con **Pediatría** para identificar la relación de posible maltrato en la madre para un abordaje integral del problema por parte del equipo sanitario.
- Se considera necesario e imprescindible para seguir con estos avances apoyar la continuidad de los procesos formativos que se están realizando en los servicios de salud de las CCAA (presenciales, semi-presenciales o modalidad on-line) con especial énfasis en:
 - **Capacitación en el manejo de aplicaciones informáticas que incorporan el Protocolo de actuación sanitaria dentro de la HC** (pantallas), como elemento fundamental para el seguimiento de casos de VG, desde la detección precoz de signos y síntomas de sospecha observados (cribado), como de los casos confirmados y registrados en la HC (prevención secundaria, episodios en urgencias que generaron el correspondiente informe, prevenir nuevos episodios en la mujer y en sus hijas/os acompañándoles en el proceso de salida de la situación, etc.)
 - **Capacitación en la correcta cumplimentación de los partes de lesiones** que se deriven de la actuación sanitaria, especialmente en urgencias, donde el detalle del tipo de lesiones observadas es fundamental para el proceso judicial que se pueda derivar de ello, y también por la posible discapacidad que pueda generar la violencia in situ o en el futuro a la mujer o a sus hijas/os.
- Priorizar la **identificación y recogida periódica de Buenas Prácticas en el SNS** en relación con estas recomendaciones y las que se reflejan en el apartado de formación, todas ellas relacionadas con la implementación y refuerzo de las líneas de actuación que se recogen en el Protocolo Común del SNS (2012), adaptado a los contextos de mayor vulnerabilidad y en otros Protocolos específicos como el de Mutilación Genital Femenina (MGF, 2015) o el Anexo de Trata con fines de explotación sexual (2017), que complementa el Protocolo Común y que se presenta al Consejo Interterritorial para su aprobación junto con este Informe.
- Promover la difusión de dichas Buenas Prácticas a través de **Talleres** periódicos para profesionales del conjunto del SNS, como un elemento favorable para el aprendizaje mutuo, que pueden ser coordinados desde el Ministerio de Sanidad. Luego a su vez, ellas y ellos podrán ser formadoras y formadores de otros equipos en su territorio con el apoyo de las personas responsables de la formación en esta materia dentro de su CA.

1.2 Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Años 2017 y 2018

Este apartado ha sido elaborado a partir de los datos facilitados por las CCAA para los años 2017 y 2018. En el caso concreto de Melilla, aunque todos los años han aportado datos sobre la formación en violencia de género que se realiza en la Ciudad Autónoma para el personal sanitario, en estos dos últimos años no han podido hacerlo. Cataluña, al igual que en los años anteriores, tampoco ha podido facilitar estos datos.

A la hora de analizar e interpretar los datos para estos dos años, 2017 y 2018, es necesario tener presente en todo momento que hay 4 CCAA: C. Valenciana, Extremadura, Murcia y La Rioja, que han puesto en marcha **estrategias de cribado** (*en el conjunto de sus centros de salud de AP o en determinados centros de algún área o región sanitaria a modo de pilotaje*), acompañadas siempre por acciones formativas y de capacitación de los equipos de profesionales implicados en dicha tarea.

Esta circunstancia ha permitido romper con la tendencia decreciente que se venía presentando desde 2011 para el conjunto de datos agregados para el SNS, respecto al número de profesionales formados/as, tal y como se verá a lo largo del Informe en general, y en el apartado referido a la evolución en particular. Este hecho, además, ha repercutido en que sus datos despenen de forma acentuada respecto al resto de años y CCAA. Además, al ser programas que abarcan numerosas acciones de capacitación para el conjunto de profesionales de AP, alguna de estas 4 CCAA han acumulado datos de personal formado en 2016 y 2017 en los formularios de 2017 y 2018 respectivamente, pues no finalizan en cada año en curso, las acciones formativas necesarias para implantar el cribado en el año siguiente, lo que incide en el crecimiento comentado de forma acentuada en 2017 y 2018, cuando en realidad las acciones formativas se han realizado de forma paulatina desde 2016 a 2018. Todo esto se explicará con detalle en el apartado 1.2.3 de Evolución.

Los datos para realizar este capítulo del Informe corresponden al volcado de los formularios cumplimentados por las CCAA y ha sido confirmado con ellas el análisis e interpretación que a continuación se desarrolla. No obstante, es importante reseñar algunos aspectos que se han tenido en cuenta, pero no todas las CCAA han podido aportar con el grado de desagregación que se solicita en el formulario estandarizado de recogida de datos. De manera más concreta, es preciso señalar que algunas CCAA no han podido aportar datos desagregados (por sexo, por perfiles

profesionales o por ámbitos asistenciales) respecto a profesionales que han recibido formación en materia de prevención y detección precoz de la VG, lo que explica que el sumatorio de datos desagregados para determinados ámbitos o tipos de acción formativa a lo largo de los subapartados de este capítulo, en ocasiones no coincida con los totales absolutos (ejemplo: gráfico 25). Este aspecto queda explicitado en cada una de las tablas y gráficos que recogen esta casuística.

La información del capítulo en general, se ha organizado como en años anteriores, y se presenta en el siguiente orden:

1. Datos agregados para el **conjunto del Sistema Nacional de Salud**.
2. Datos desagregados por **Comunidades Autónomas**.
3. **Series históricas de evolución** de los indicadores de formación de profesionales para el conjunto del SNS hasta 2018.

Los apartados enumerados se desarrollan conforme a una estructura común descriptiva:

- Número de profesionales del ámbito sanitario que han recibido formación
- Tipo de actividades formativas realizadas
- Horas lectivas impartidas
- Acreditación de actividades
- Perfil del alumnado
- Perfil del profesorado

Por otra parte, y de forma transversal a los apartados anteriores, los datos se tratan para cada ámbito asistencial:

- Atención **Primaria** (AP),
- Atención **Hospitalaria** (AE) y
- **Urgencias** (URG)
- **Mixto**¹, como cuarto grupo, que hace referencia a aquellas actividades impartidas desde los servicios sanitarios, donde el alumnado está constituido simultáneamente por profesionales de los tres ámbitos asistenciales (AP, AE y URG), y en algunos casos, con la participación de profesionales de otros sectores implicados en la lucha contra la vio-

¹ En los Informes Violencia de Género en el SNS de años anteriores se utilizaba la categoría “Otros” para hacer referencia a este grupo que aglutina a distintos ámbitos asistenciales y profesionales. En el presente Informe se ha optado por renombrar dicha categoría bajo el nombre de “MIXTO”, ya que entendemos que aporta mayor claridad al análisis de resultados.

lencia de género y con los que el personal sanitario necesita coordinar acciones conjuntas para una adecuada asistencia integral (*medicina forense, cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.*).

El Grupo Técnico de Formación de profesionales, que apoya a la Comisión VG del CISNS, revisa el análisis de resultados emanados de la recogida de estos indicadores anuales y elabora propuestas de acciones de mejora. Utiliza como criterios comunes de calidad de esta formación específica en materia de VG, aquellos que fueron aprobados en 2008 por la Comisión², y que en 2012 fueron adaptados para responder mejor a la realidad formativa de los últimos años en el conjunto del SNS:

- **SENSIBILIZACIÓN.** Actividades de 10h o menos de duración. Dentro de este apartado de SENSIBILIZACIÓN conviene tener en cuenta que quedan englobadas tanto las actividades específicas de formación continuada respecto a prevención y detección precoz de la VG con duración menor de 10h, como aquellas otras acciones de formación continuada que no siendo específicas de VG incluyen algún módulo relacionado (ejemplo: salud mental y VG, enfermedad cardiovascular y VG, trastornos de la alimentación y VG, etc.)
- **FORMACIÓN BÁSICA.** Curso de más de 10 horas. Puede ser presencial o formato on-line, también semipresencial.
- **FORMACIÓN AVANZADA,** donde se incluyen Jornadas Técnicas, Seminarios Formativos, Talleres, Sesiones Clínicas y Formación de formadoras/es especializada y/o específica en materia de prevención y detección precoz de VG para capacitación de profesionales.
- **FORMACIÓN DE FORMADORES/AS,** que facilita para muchas CCAA la formación en red para llegar a profesionales de más centros y servicios sanitarios.
- **OTROS.** En este apartado final de tipos de actividades formativas, se recogen otras acciones formativas que no entran en los apartados anteriores, como es el caso de formación impartida a personal INTERNO RESIDENTE (MIR; EIR; FIR; PIR), por ejemplo, incluyendo diferentes sesiones específicas sobre actuación sanitaria frente a la violencia de género (monográficos en unidades docentes, sesiones clínicas en primaria o en hospital, etc.).

² Criterios comunes de calidad para la Formación de profesionales del Sistema Nacional de Salud en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género: <https://www.msbs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvgt/ccfbpvg.htm>

Finalmente, también con carácter transversal, y en cumplimiento del **artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007**, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, con todas las categorías anteriormente mencionadas, y siempre que sea posible con los datos aportados por las CCAA, se realiza también el análisis de **datos desagregados por sexo**, cuantitativamente en cuanto a número absoluto de participantes en dicha formación y respecto a perfiles profesionales del **alumnado y del profesorado**, aunque algunas CCAA todavía siguen teniendo dificultades para proporcionar dichos datos con este nivel de desagregación.

1.2.1 Datos agregados para el conjunto del SNS. Formación en materia de violencia de género. Años 2017 y 2018

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han formado en el **año 2017** en materia de violencia de género un total de **12.682 profesionales** y en el **año 2018** un total de **15.433**, que han participado en **1.763 actividades formativas: 906 para 2017 y 857 para 2018**, repartidas en los diferentes ámbitos asistenciales: Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AE), Urgencias y Otros. De todas estas actividades, fueron acreditadas en el conjunto del SNS el 50,26%.

Análisis por ámbito asistencial

Si atendemos a los datos reflejados en el gráfico 1 observamos que en 2017 se formaron **12.682** profesionales, ascendiendo a **15.433** en 2018³. Recordemos que en **2016** el total de profesionales con formación ascendió a **7.591** para el conjunto del SNS.

Atención Primaria (AP) obtiene el valor modal de referencia en la distribución de personas formadas en ambos años, lo que supone más de la mitad porcentual (un 53%) sobre el total de **profesionales formados/os** en el conjunto del SNS, tanto en 2017 como en 2018. En 2016 suponía un 51%, lo que nos indica una subida de 2 puntos porcentuales en cuanto a la cantidad global dentro de **AP**. Perpetúa así su hegemonía como ámbito asistencial clave, en primera línea, para la detección y atención sanitaria de los casos de violencia de género.

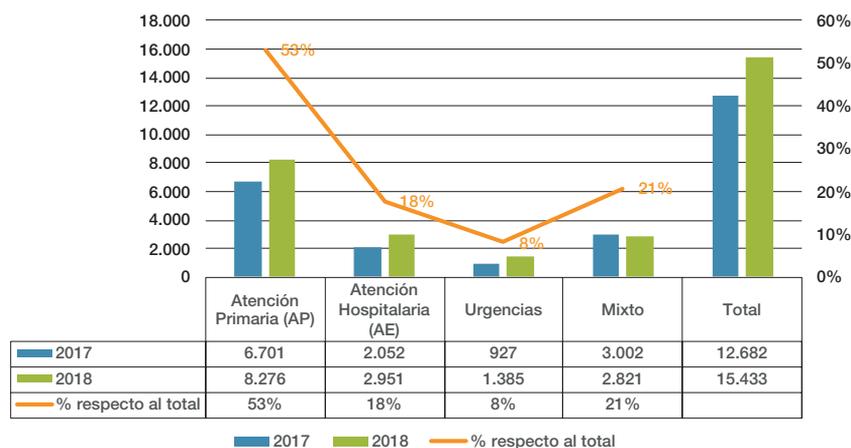
³ A lo largo del Informe tenga en cuenta que cuando se realizan los análisis de personal formado desagregado por sexo, ámbito asistencial, perfil profesional o tipo de actividad, no siempre coinciden los totales con el número absoluto. Esto es así porque algunas CCAA no pueden ofrecer todavía la desagregación de los datos en función de las variables que se solicitan.

La Atención Hospitalaria (AE) con **2.052** personas formadas en 2017, supone un 16% respecto al total de ese año. Respecto a **Urgencias** y **Mixto**, el personal formado ha sido en su totalidad **927** para el primero y **3.002** para el segundo, lo que supone más del 30% del personal formado respecto al SNS para el año 2017, habiendo sido del 24,39% en el ejercicio de 2016, lo cual confirma la tendencia creciente y sostenida de la formación en el ámbito de **Urgencias** en particular y del ámbito **Mixto** en general.

Para **2018** tenemos que destacar que esta dirección en ascenso de **AE** y **Urgencias** se consolida, mostrando un pequeño descenso en el grupo de **Otros**.

En el análisis bianual vemos como a pesar de los datos de 2018, el grupo **Mixto** (profesionales de diferentes ámbitos asistenciales) supone el 21% del total del personal formado, situándose en segundo lugar por detrás de AP y mostrando un aumento considerable respecto al 9% que representaba en 2016. **Urgencias**, en cambio, suponía un 11% en 2016 y en estos dos años desciende al 8%. Por su parte **AE**, que en este bienio supone un 18% del total, en 2016 suponía un 30%, reflejando una caída de 12 puntos porcentuales que parecen haberse trasladado al grupo Mixto de ámbitos.

Gráfico 1. Personal formado por ámbito asistencial en VG. Años 2017 y 2018 y % bianual acumulado



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % acumulado de personal formado por cada ámbito asistencial (AP, AE, Urgencias o Mixto) en el conjunto de ambos años, siendo el denominador, la suma de personal formado en ambos años en el conjunto del SNS, sin diferenciar ámbitos.

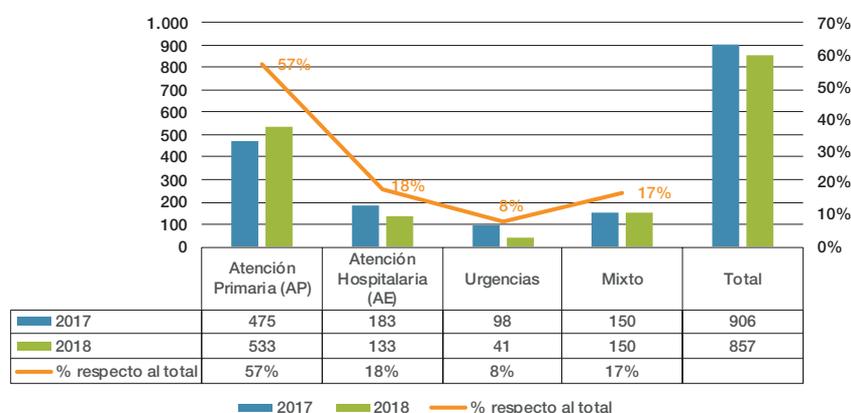
Se puede concluir por tanto que en estos dos últimos años el número de profesionales con formación presenta un crecimiento ligero, paulatino y moderado por quinto año consecutivo, exceptuando el grupo de actividades formativas de varios ámbitos a la vez o “Mixto”.

Respecto al **número de actividades formativas impartidas** y a tenor de los datos recogidos en el gráfico 2, en **2017** obtenemos un total de **906** actividades formativas para el conjunto de los distintos ámbitos asistenciales, siendo **857** en **2018**. Puede comprobarse que, al igual que ocurría con la clasificación anterior de profesionales con formación en función del ámbito asistencial, **Atención Primaria (AP)** registra el mayor número de actividades realizadas por año aglutinando un **57%** del total, seguida de **Atención Hospitalaria (AE) con un 18%**, en este caso, la segunda en ambos años. Entre ambas copan casi todos los valores de la distribución (75%).

Respecto a la evolución de 2017 y 2018, podemos destacar un aumento significativo en el ámbito de **Atención Primaria**, con **533** actividades realizadas en 2018 respecto a las **475** de los años 2017 y 2016, que curiosamente coinciden. En **AE** y **Urgencias** se denota una sintonía generalizada de bajada en relación con la actividad de **2017**, sobre todo **Urgencias**, que pasa de **314** actividades registradas en 2016 a **98 en 2017** y **41** en 2018. En el caso de **AE**, aunque en 2017 aumenta sobre 2016 (presentó 169 actividades), cae de forma clara en 2018 con **133**, es decir situándose por debajo de 2016.

El grupo de acciones formativas mezcla de ámbitos o **Mixto**, cae a la mitad respecto a 2016 (309 actividades), aunque se mantiene estable en el bienio analizado con **150** actividades cada año.

Gráfico 2. N° de actividades formativas en VG por ámbitos asistenciales. Años 2017 y 2018. y % bianual acumulado.



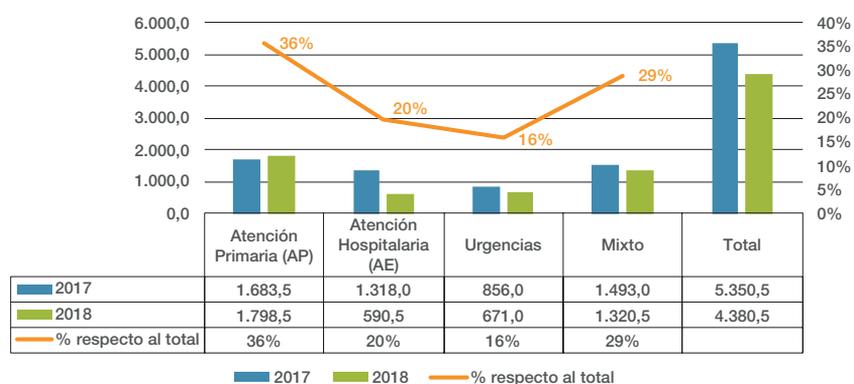
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % acumulado de acciones formativas por cada ámbito asistencial (AP, AE, Urgencias o Mixto) en el conjunto de ambos años, siendo el denominador la suma de acciones formativas de ambos años para el conjunto del SNS y de todos los ámbitos.

En relación al **N° de horas lectivas impartidas**, como puede verse en el gráfico 3, **AP** sigue tomando la delantera al resto de ámbitos asistenciales, y tanto en 2017 como en 2018 aglutina el mayor número de horas de formación, **1.683,5 y 1.798,5** respectivamente, y **el 36% del total**. El siguiente ámbito que ha recibido más horas de formación es el “**Mixto**”, profesionales de diferentes ámbitos asistenciales (29%) con **1.493 horas** en 2017 y **1.320,5** en 2018, pudiendo apreciarse por tanto una ligera bajada de un año a otro.

Destaca en el análisis comparado que las horas impartidas en **2017** en **AE**, **1.318 horas** formativas para **AE**, descendieron a menos de la mitad en **2018** con **590,5 horas** y situando al dato de 2016 (797,25 horas) un poco por encima de 2018.

El ámbito asistencial que menos horas de formación ha recibido es **Urgencias** con **856 y 671** respectivamente para ambos años, aunque supone un aumento respecto a 2016 que reportó 512,25 horas. En todo caso se mantiene la tendencia de ser el ámbito asistencial en el que menos horas de formación VG se imparten, aglutinando únicamente el 16% del total acumulado de ambos años.

Gráfico 3. N° de horas lectivas impartidas en VG por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018. y % bianual acumulado.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % acumulado de horas lectivas por cada ámbito asistencial (AP, AE, Urgencias o Mixto) en el conjunto de ambos años, siendo el denominador la suma de horas lectivas totales impartidas de formación VG en ambos años para el conjunto de todos los ámbitos.

A pesar de la bajada de horas lectivas en 2018 respecto al año anterior, 970 horas exactamente, es importante tener en cuenta que el número de profesionales que ha asistido a actividades formativas en materia de VG ha ido en aumento, aunque de la misma manera es importante apuntar que sobresalen las actividades de sensibilización (menos de 10 horas) por encima de las demás modalidades, como se verá en el gráfico 4.

Como puede verse en la tabla 10, si comparamos los datos de **2017** y **2018** y calculamos la media aritmética de **n° de horas impartidas/acción formativa**, dividiendo el “n° total de horas impartidas” entre el “n° total de actividades formativas impartidas en cada ámbito asistencial”, se confirma que aunque no hay diferencias dispares entre 2017 y 2018, se observa que se mantiene la tónica de crecimiento de aquellas actividades que requieren proporcionalmente un número menor de horas para su realización, como son las **actividades de sensibilización** (menos de 10h). Para 2017, la media de horas por acción formativa es de **5,91**, y en 2018 desciende a **5,11**. En cualquier caso, para los dos años, la media de horas por actividad no alcanza las 6 horas, lo que nos puede aproximar a una idea de cantidad de contenidos que pueden impartirse en ese tiempo y probablemente del escaso nivel de profundización que se puede conseguir en ese tiempo.

No obstante, destaca la subida registrada en esa media de horas impartidas/acción formativa en el ámbito de **Urgencias** –comparando con 2016–, pues entonces presentaba tan solo 1,63 de media. De hecho, el dato de 2018

(16,37 h/actividad) supera todos los ámbitos, tanto en el análisis bianual, como en 2016.

Le sigue en este sentido la formación de tipo conjunta y simultánea para profesionales de diferentes ámbitos o **Mixto**.

Tabla 10. Media del nº horas lectivas/actividad impartida. Formación en VG en el SNS por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018

ÁMBITO	2017			2018		
	Nº Actividades	Horas Lectivas	Media h./actividad	Nº Actividades	Horas Lectivas	Media h./actividad
AP	475	1.683,50	3,54	533	1798,50	3,37
AE	183	1.318,00	7,20	133	590,50	4,44
Urgencias	98	856,00	8,73	41	671,00	16,37
Mixto	150	1.493,00	9,95	150	1.320,50	8,80
TOTAL	906	5.350,50	5,91	857	4.380,50	5,11

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por CCAA para los apartados anteriores.

Para profundizar en este análisis es preciso estudiar el tipo de actividad formativa que se ha impartido en cada ámbito asistencial. En el gráfico 4 se ve como la mayor parte de la actividad formativa, tanto en el año **2017** como en el **2018**, se condensa en las actividades de tipo “**sensibilización**” (menos de 10 horas de duración), teniendo una mayor presencia proporcional en **Atención Primaria** y en el grupo **Mixto**, con un repunte interanual de 58 y 33 actividades respectivamente entre 2017 y 2018. En cambio, las actividades de **sensibilización** en **AE** y **Urgencias** presentan un ligero descenso en 2018 respecto a 2017 de aproximadamente 20 actividades.

Aunque las actividades de sensibilización abren la posibilidad de poder llegar a más profesionales y dar a conocer los protocolos de actuación o afianzar algunos conceptos, es importante tener presente que la mejora en capacitación para la detección precoz de signos y síntomas de sospecha, entrevista clínica, calidad del acompañamiento en salud de las mujeres que han sufrido o están sufriendo violencia de género, acciones coordinadas con otros profesionales, etc. requiere que tras la sensibilización inicial, esos mismos profesionales pasen por actividades formativas de mayor profundidad para conseguir captar y asumir la complejidad de la atención sanitaria que requiere esta problemática de salud pública.

El esfuerzo de las CCAA para volver a impulsar la formación en materia de violencia de género durante estos dos años ha sido importante, pero deben dar un paso más y ampliar las horas lectivas por acción formativa, articulando los mecanismos necesarios para que sus profesionales sanitarios puedan acceder a ello.

De hecho, en el caso de la **Formación Básica** observamos un aumento de 2017 a 2018 en todos los ámbitos excepto en el **Mixto**. En Atención Primaria (AP), es donde vemos el mayor aumento, pasando de 32 a 50 actividades. En 2018 observamos que para **Urgencias** supone el tipo de formación más impartida, por encima de la sensibilización.

Sin embargo, desciende ligeramente la **Formación Avanzada** tanto en AP como en AE, y se observa que este tipo de formación se ha optado impartirla en formato simultáneo con participación de profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, **Mixto**, que pasa de 2 a 13 de 2017 a 2018, algo que se valora de forma muy positiva.

Respecto a la **Formación de formadores/as** asistimos a cierta paradoja, pues aumenta en 2017 de forma considerable respecto a 2016 en todos los ámbitos asistenciales excepto para AE (en 2016: AP 4, AE 4, Urgencias 5 y Mixto 6) y sin embargo en 2018 se presenta una caída generalizada por debajo de los valores de 2016.

Respecto a la **formación interno residente**, aunque también presenta una caída importante en 2018 respecto a 2017, se observa que en el caso de hospitalaria (AE) –en ambos años– y para Urgencias en 2017, es un tipo de actividad por la que las CCAA han apostado. El descenso más destacado, pues prácticamente desaparece en 2018, es en los ámbitos de **Urgencias** y **Mixto**.

Resumen

Globalmente se puede observar que la tónica para ambos años es un **ligerísimo descenso generalizado de 2017 a 2018 en el número de actividades formativas que contrasta con el aumento exponencial del personal formado en el último año, 2018**. La explicación para este aumento es el predominio de las **actividades de sensibilización**, que suponen un 57% de todas las actividades realizadas en este bienio, independientemente del ámbito asistencial en el que se hayan impartido.

Nº DE PROFESIONALES

Atención Primaria (AP) supone más de la mitad porcentual (un 53% aprox.) del total de profesionales de servicios sanitarios que han recibido formación en el conjunto del SNS en materia de violencia de género, tanto en 2017 como en 2018, consolidando la tendencia observada en años anteriores.

Atención Hospitalaria (AE) y Urgencias, aunque ha ascendido muy ligeramente respecto a 2016, se mantiene casi igual en 2017 y 2018.

Sin embargo, la formación **Mixta**, en la que hay profesionales de los diferentes ámbitos formándose conjuntamente, ha sufrido un ligero descenso respecto a años anteriores

Nº DE ACCIONES FORMATIVAS

Salvo el ligero aumento observado en **Atención Primaria**, en el resto de los ámbitos asistenciales hay una tendencia a la baja, siendo en el ámbito de **Urgencias** donde más señalado es el descenso de acciones formativas en general.

Nº DE HORAS LECTIVAS

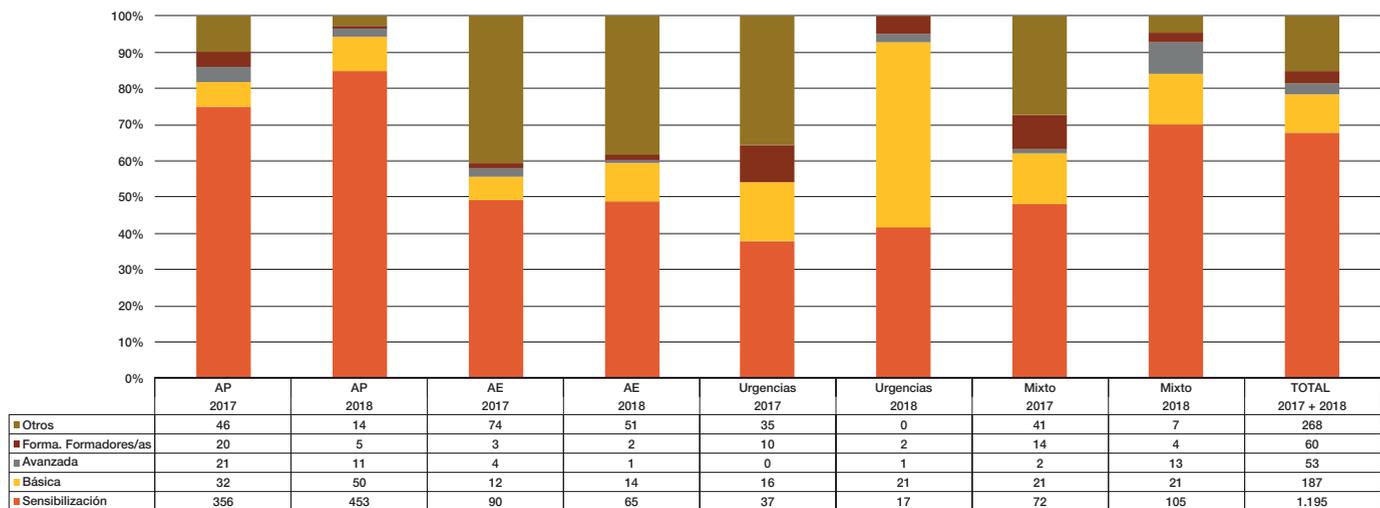
Atención Primaria (AP) sigue siendo el ámbito donde más horas formativas se imparten en materia de formación específica para detectar precozmente y prevenir la violencia de género.

Seguida por el nº de horas impartidas en acciones formativas de tipo **Mixto** con presencia de profesionales de varios ámbitos asistenciales de forma simultánea.

Atención hospitalaria (AE) y Urgencias destacan por ser las que menos horas formativas han impartido en ambos años.

No obstante, el ámbito que más subida ha registrado respecto a 2016 en cuanto a las horas lectivas impartidas ha sido **Urgencias**, seguido de la formación de tipo conjunta que aglutina el tipo **Mixto**.

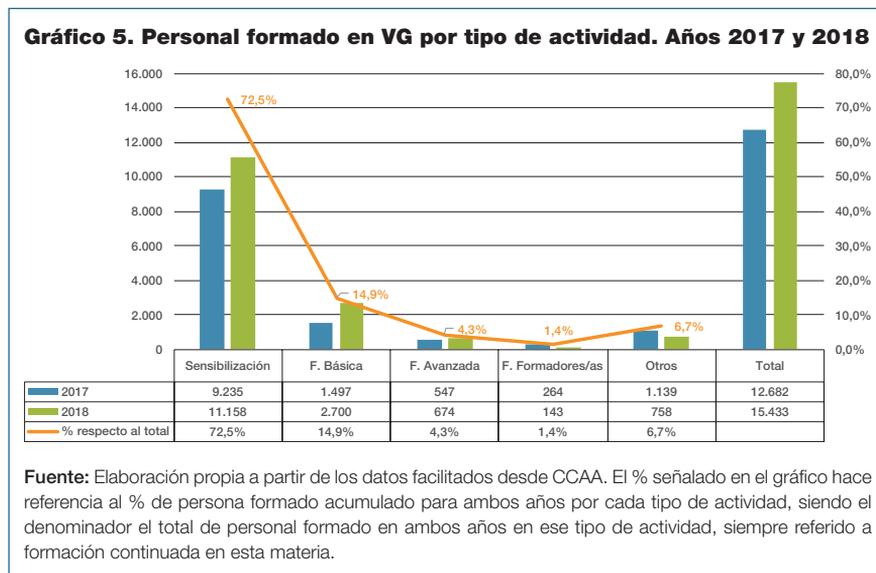
Gráfico 4. Tipo de actividades formativas en VG por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Análisis por tipo de actividad formativa

Si observamos en el gráfico 5 el **personal formado** por cada tipo de actividad obtenemos lo siguiente:



En **2017** se mantiene la tendencia hacia las **actividades de sensibilización (9.235)**, representando un 72,8% del total para 2017, 7 puntos porcentuales más que en 2016 y superando la mayor cifra registrada desde 2014 (4.951 personas formadas). Ha recibido **formación básica** un número de personas muy similar a 2016 (1.490), aunque porcentualmente se pierden casi 10 puntos respecto a ese año. La **Formación Avanzada**, en 2017 se sitúa 2 puntos porcentuales por encima de 2016. Finalmente, el personal formado en cursos de **Formación de formadores/as** y actividades **Otros** (acciones formativas con participación de personal interno residente), sí ha experimentado un aumento respecto a 2016.

En **2018** se aumenta de manera uniforme el número absoluto de profesionales con formación en todas las categorías, manteniendo la tendencia creciente en las **actividades de sensibilización**, pues el 72,39% de todas las personas formadas en 2018 lo hicieron en actividades de sensibilización. Aumenta en 5 puntos porcentuales el número de profesionales formados en actividades de **formación básica** respecto al 2016, pero se reduce casi a la mitad la **formación avanzada** y **Otros**. La **Formación de formadores/as**, que en 2016 supuso un ligero aumento respecto a 2016 (del 1,40% al 2,08% respectivamente), cae a un 0,92% en 2018.

Estableciendo una nueva relación de los datos, introduciendo ahora la variable del ámbito asistencial como referencia marco, (que ya veíamos en el gráfico 4), podremos comprobar y concluir que la mayor parte del personal formado en todos los ámbitos asistenciales ha sido mediante actividades de sensibilización y mayoritariamente ligado a la AP.

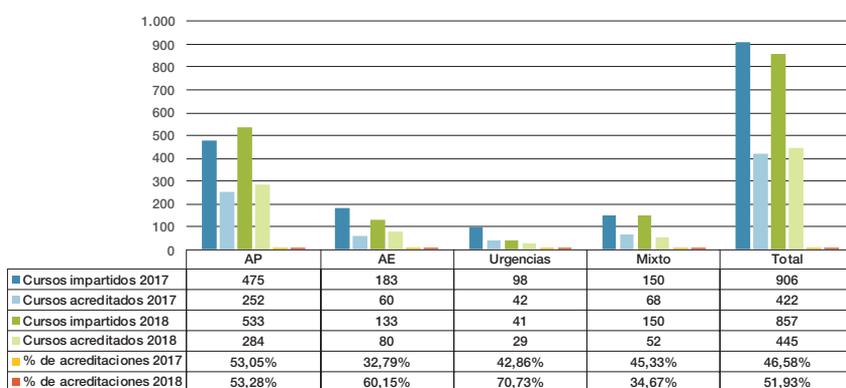
La **acreditación de las actividades formativas** se sitúa en el conjunto del SNS, para los dos años analizados, en un 50,28%, muy por debajo del 97,46% obtenido en 2016, probablemente por el gran número de actividades de sensibilización durante estos dos años. El gráfico n°6 nos muestra una imagen muy clara acerca de cómo se han valorado las actuaciones formativas en cuanto a su acreditación.

El porcentaje de acreditaciones baja del 97,46% de 2016 a un 46,58% en 2017 y sube ligeramente, al 51,93% en 2018, porcentaje claramente insuficiente teniendo en cuenta los resultados de años anteriores.

Se desmarca de este análisis el ámbito asistencial de **Urgencias** en 2018, que ha acreditado una gran parte de su formación específica y básica, aunque se sitúa por debajo del 100% de acreditación que presentaba en el año 2016.

La acreditación juega un papel significativo en la calidad de la formación continuada, y contribuye a una mejor preparación para la detección precoz de los casos, puesto que en general se corresponde un mayor grado de acreditación cuando predominan al menos las acciones de formación básica o avanzada, por el volumen de horas formativas recibidas.

Gráfico 6. Cursos acreditados vs cursos impartidos en VG por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % de cursos acreditados para cada ámbito asistencial en cada año, siendo el denominador los cursos impartidos por ámbito asistencial en cada año. Siempre referido a formación continuada en esta materia.

Como en Informes anteriores, en la metodología utilizada para contabilizar esta acreditación **no se considera la formación IR** (formación interno residente), puesto que dicha formación y su acreditación se rige por los criterios que le son propios, y se encuentra acreditada al 100% en todos los territorios donde se imparte. Cuando en este Informe se hace referencia al ámbito OTROS, se está refiriendo a aquellas actividades formativas del ámbito de la formación continuada, a la que se invita al personal interno residente para que asista con las y los profesionales que ya están en la asistencia (Jornadas, seminarios, sesiones clínicas específicas, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria).

Análisis en relación al alumnado

Respecto al análisis de **desagregado por sexo**, en cuanto a la participación de profesionales de servicios sanitarios en esta formación continuada en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género, cabe destacar que la mayoría de las CCAA siguen realizando un esfuerzo para poder facilitarlos, y todavía hay algunas CCAA que han tenido dificultades para facilitarlos así en 2017. Por este motivo, es importante tener en cuenta que los totales de este análisis no coinciden con los totales globales aportados en el gráfico 25, o incluso en los gráficos 1 y 5, donde las CCAA sí han podido aportar el total de personas formadas por ámbito asistencial, y por tipo de actividad (pero sin desagregar esto por sexo).

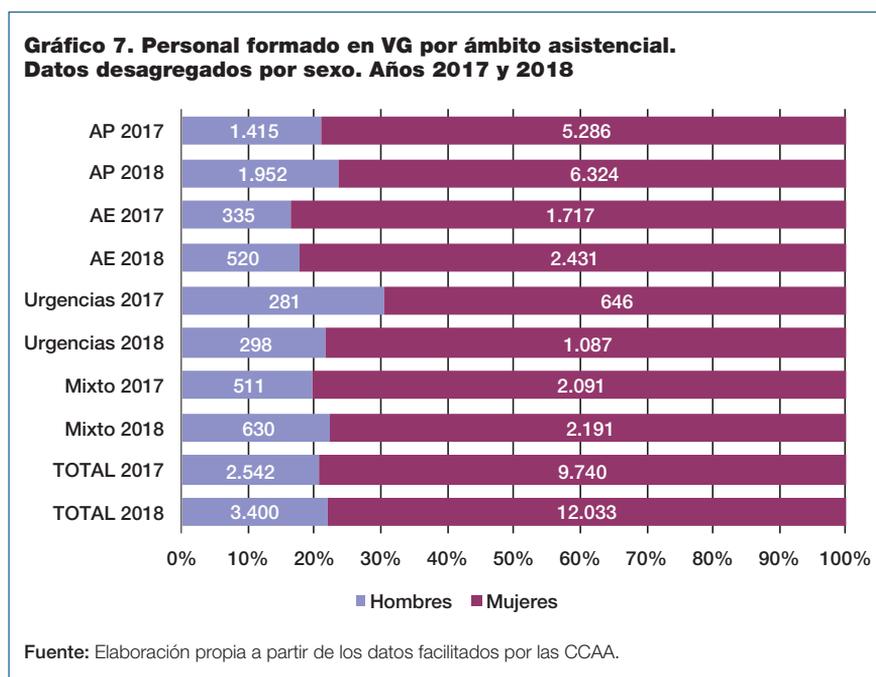
Tabla 11. Personal formado en VG por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018

ÁMBITO	2017				2018			
	♂	♀	♂(%)	♀(%)	♂	♀	♂(%)	♀(%)
AP	1.415	5.286	21,1%	78,9%	1.952	6.324	23,6%	76,4%
AE	335	1.717	16,3%	83,7%	520	2.431	17,6%	82,4%
Urgencias	281	646	30,3%	69,7%	298	1.087	21,5%	78,5%
Mixto	511	2.091	19,6%	80,4%	630	2.191	22,3%	77,7%
TOTAL	2.542	9.740	20,70%	79,30%	3.400	12.033	22,0%	78,0%
TOTAL AMBOS SEXOS	12.282*				15.433			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA. El % señalado en la tabla hace referencia a la distribución porcentual de hombres y mujeres que se han formado anualmente en cada ámbito asistencial. El denominador es el total de profesionales formados/as cada año, independientemente de su sexo.

(*) En el caso concreto de la tabla 11 y el gráfico 7 el total para 2017 resulta 12.282 (400 personas menos que en el gráfico 1). Esto sucede porque la CA de Cantabria, con un total de 418 personas formadas en el ámbito Mixto, sólo pudo aportar los datos desagregados por sexo para 8 actividades, con un total de 6 hombres y 12 mujeres, por lo que faltaba aportar datos desagregados por sexo de 400 profesionales que también formados.

En todo caso, vuelve a confirmarse, como en años anteriores, que **son las mujeres profesionales sanitarias las que más participan en la formación en materia de VG** respecto a sus homólogos masculinos que se encuentran en torno al 20%, independientemente del ámbito asistencial donde desarrollen su trabajo. Como puede verse en la tabla 11 y el gráfico 7, únicamente se observa un aumento de porcentaje dentro del ámbito de **Urgencias** en el año 2017, donde los hombres representaron un 30,31% del total de profesionales que recibieron esta formación. Si calculamos el % medio acumulado en 2017 y 2018, el **21,13%** de profesionales que se formaron en materia de lucha contra la VG en el SNS, **fueron hombres**.



Estos datos no sólo se explican por la clara feminización del sector sanitario, puesto que como veremos en los siguientes gráficos, hay perfiles profesionales sanitarios en los que los datos facilitados demuestran que los hombres siguen participando menos en la formación frente a la violencia de género, aunque sus perfiles no estén tan feminizados como ocurre en psiquiatría o ginecología y obstetricia. En este sentido, sería interesante poder analizar la presencia de hombres y mujeres en las acciones formativas que se realizan para aquellas personas que están en puestos de toma de decisión o áreas de influencia.

Atendiendo a la **participación masculina**, si nos fijamos en la tabla 12 y el gráfico 8 que nos habla del **tipo de actividad formativa**, en 2017 y en 2018,

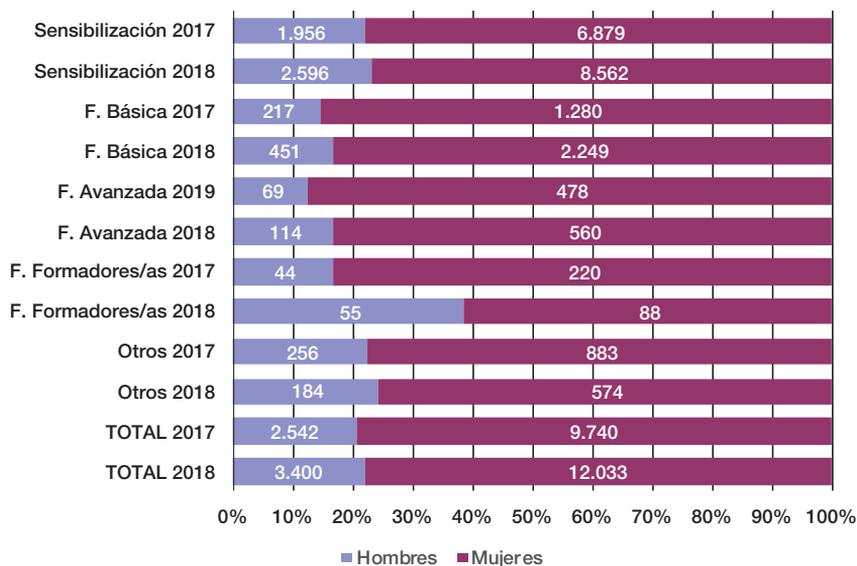
al igual que en años anteriores, la mayor participación de **profesionales sanitarios hombres** se da en 2018 para la **formación de formadores/as** con un 38,5%, superando la media general. En las actividades denominadas **Otros** participan con un 22,5% y 24,3% para ambos años, y en las actividades de **sensibilización** con un 22,1% y un 23,3% respectivamente. Vemos por tanto un ligero aumento de la participación masculina de 2017 a 2018.

Tabla 12. Personal formado en VG por tipo de actividad y sexo. Años 2017 y 2018

TIPO DE ACTIVIDAD	2017				2018			
	♂	♀	♂(%)	♀(%)	♂	♀	♂(%)	♀(%)
Sensibilización	1.956	6.879	22,1%	77,9%	2.596	8.562	23,3%	76,7%
F. Básica	217	1.280	14,5%	85,5%	451	2.249	16,7%	83,3%
F. Avanzada	69	478	12,6%	87,4%	114	560	16,9%	83,1%
F. Formadores/as	44	220	16,7%	83,3%	55	88	38,5%	61,5%
Otros	256	883	22,5%	77,5%	184	574	24,3%	75,7%
TOTAL	2.542	10.140	20,70%	79,30%	3.400	12.033	22,0%	78,0%
TOTAL AMBOS SEXOS	12.282				22,1%			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en la tabla hace referencia a la distribución porcentual de hombres y mujeres que se han formado anualmente en cada ámbito asistencial. El denominador es el total de profesionales formados/as cada año, independientemente de su sexo.

Gráfico 8. Personal formado en VG por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

En comparación con los datos aportados en el **año 2016**, el último bienio ha supuesto un ligero descenso en la participación masculina respecto a las actividades de **Sensibilización** que se situaba en un **25,62%**. Sin embargo, en el resto de actividades (*básica, avanzada y formación de formadores/as*) presentan un aumento continuado respecto a 2016 (13,42% - 9,43% - 13,75% respectivamente). Por otra parte, la participación en actividades catalogadas en “Otros” que son aquellas de otro tipo como seminarios, sesiones clínicas, etc. en las que suele participar el personal interno residente, se mantiene prácticamente igual que el año anterior (22,79%).

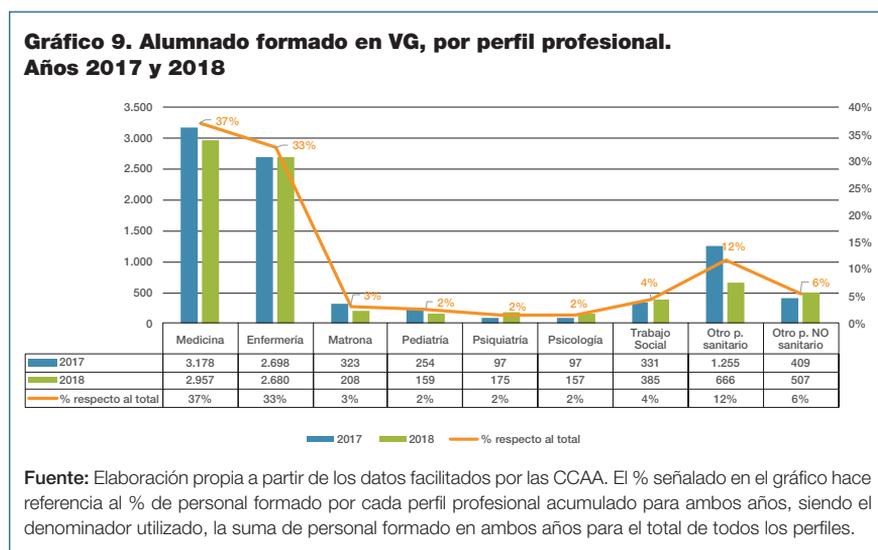
Téngase de nuevo en cuenta que el total de ambos sexos para 2017 presenta una diferencia a la baja de 400 personas en relación al gráfico 25 por lo explicado anteriormente en la tabla 11, que en este caso disminuyen las actividades de sensibilización.

A pesar de la fuerte feminización del sector sanitario público, los datos de personal del SNS formado en materia de prevención, detección precoz y seguimiento de casos de violencia de género, señalan tímidas progresiones en positivo hacia el aumento de hombres formados en esta materia, aunque parece que porcentualmente ellos están más motivados para participar algo más en aquellas actividades no tanto de sensibilización, sino en las que contienen más horas lectivas/por actividad (formación básica y avanzada) o en aquellas otras de formación de formadoras/es para ejercer luego como referentes y formar a otras/os compañeros de equipo o zona. No obstante, todavía queda por hacer un gran esfuerzo de captación e implicación masculina en este tipo de formación específica en materia de prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios.

En relación al **perfil profesional del alumnado formado en el SNS en materia de violencia de género**, que se describe en el gráfico 9, obtenemos que en cifras absolutas el número de profesionales de **medicina y enfermería** sigue siendo el más numeroso tanto en 2017 como en 2018 al igual que ha sucedido en años anteriores, y con tendencia creciente, ya que en 2016 se formaron 2.008 y 1.816 profesionales de ambos perfiles respectivamente. De forma global, y para ambos años, 2017 y 2018, el porcentaje agregado es para medicina el 37% del personal formado, y para enfermería el 33%. Tanto en 2017 como en 2018 se supera la cifra alcanzada en 2014 respecto a profesionales de enfermería con formación (2.149) y que había ido descendiendo en años posteriores hasta estos dos últimos años analizados.

Es conveniente recordar y aclarar de nuevo, que los totales anuales que se ofrecen en este gráfico 9 (8.642 profesionales para 2017 y 7.894 profesionales para 2018) difieren de los totales presentados en el gráfico 25 que se presenta más adelante, porque no todas las CCAA han podido aportar los datos desagregados por perfiles de las y los profesionales que se han formado en sus actividades. Esperamos que, para futuras ediciones, las CCAA puedan

paliar esta limitación al igual que lo van consiguiendo con la desagregación de datos por sexo.



Se constata en todo caso una tendencia **decreciente de 2017 a 2018 en todos los perfiles** destacando a la baja el grupo “otro personal sanitario” dónde en general se contemplan perfiles como auxiliares de enfermería y laboratorio. Por el contrario, se percibe un ligero aumento en **psiquiatría, psicología, trabajo social y otro personal no sanitario**⁴.

Siguiendo el hilo argumental del informe, el gráfico 9 viene a corroborar la necesidad de mantener y seguir aumentando la formación de perfiles como medicina y enfermería, pero sobre todo impulsarla en el resto de perfiles profesionales para que se tenga una mayor capacidad de detección y afrontamiento integral con visión de equipo multiprofesional ante los retos que la prevención, detección precoz y seguimiento de casos de VG supone al colectivo sanitario, sobre todo en el caso de Atención Primaria como ámbito privilegiado de cercanía y contacto en atención continuada.

⁴ El grupo “personal no sanitario” puede incluir en general no sólo residentes, sino estudiantes de muy diferentes perfiles en prácticas o rotando en los servicios sanitarios antes de acabar sus estudios (estudiantes de Grado de Trabajo Social, alumnado de Escuelas Universitarias de Enfermería, Terapeuta ocupacional, profesionales de Integración Social, Personal de Mancomunidades y otros organismos de Administración Local, personal de Asesoría Jurídica y Abogacía, personal Técnico de Igualdad, Personal Administrativo, personal Celador y Ordenanzas, policía nacional o autonómica, guardia civil, personal vigilante de seguridad que trabaja en centros sanitarios).

Respecto a **pediatría**, en 2016 se recomendaba realizar un esfuerzo especial para mejorar su participación, y así ha ocurrido en 2017, pasando de 149 a 229. A pesar de este aumento, en 2018 vuelve a descender a 159 situándose casi en cifras de 2016. Estos datos son insuficientes teniendo en cuenta las consecuencias de la violencia en las hijas e hijos de las mujeres maltratadas.

También es preciso destacar salud mental, donde la formación de perfiles de **psiquiatría y psicología** especialmente, se mantiene muy baja en implicación a pesar de los daños psíquicos que produce la violencia en las mujeres que la sufren.

Si **desagregamos por sexo y perfil profesional** los datos de profesionales que ha recibido **formación en materia de VG** –teniendo en cuenta que algunas CCAA siguen sin poder aportar estos datos desagregados– en la tabla 13 y el gráfico 10, vemos que en el área de salud mental (psiquiatría y psicología), los profesionales hombres, se queda en un 2,3% de participación total en la formación. El área asistencial, de trabajo social y demás profesionales no llega al 2% de representación. En el resto de perfiles la participación masculina es inferior al 20%, incluyendo a enfermería con un 16%, que baja respecto a 2016 (18,39%). Es matronas, como perfil menos masculinizado con 11 hombres formados para 2017, es decir, un 0,58% aproximadamente del total masculino.

Respecto a **las mujeres profesionales del SNS en 2017**, solo reseñar que el total de formadas en VG ha sido **6.084**, y que las Médicas y Enfermeras, solo ellas juntas, suman más del **65%** del total de profesionales del SNS que han participado en alguna de estas acciones formativas específicas sobre VG. Las matronas bajan en su porcentaje respecto al **2016** y esta tendencia se mantiene en **2018**.

En general en **2018 respecto a 2017** las estadísticas son muy similares y sigue destacando la amplia presencia de las mujeres profesionales del SNS en cualquier perfil, perpetuando la tendencia que se venía manifestando desde el principio. El total⁵ de personas formadas en este año ha sido: **5.913** mujeres y de **1.981** hombres. El área de medicina y enfermería supone el grueso de los perfiles formados en las mujeres al igual que ocurría con los hombres, suponiendo un 68% del total de las mujeres formadas. Reseñar que el área de salud mental y trabajo social en las mujeres tiene un gran incre-

⁵ Como se ha reseñado, existen diferencias de datos entre el sumatorio total de hombres y mujeres del conjunto de todos los perfiles que han recibido formación en materia de VG (7795 en 2017 y 7894 en 2018) si se comparan con los datos totales de personal formado (sin desagregar por sexo), que aparecen para 2017 y 2018 en el gráfico evolutivo “Gráfico 25. Nº DE PROFESIONALES CON FORMACIÓN VG. Evolución 2004-2018”. Las diferencias en los totales de 2017 y 2018, son debidas a que no todas las CCAA pueden ofrecer los datos desagregados por sexo para las diferentes categorías de análisis de este informe, que en el caso de perfiles profesionales es más patente.

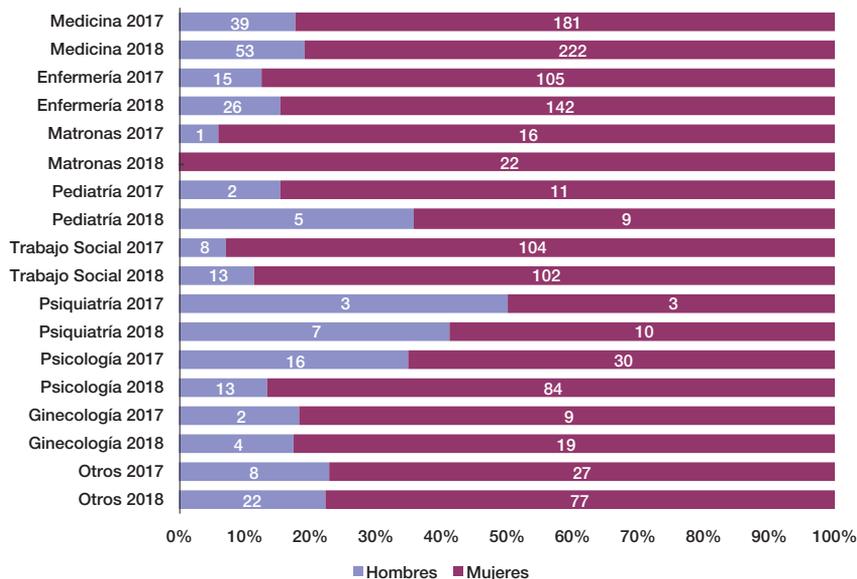
mento respecto al año pasado. Se repite el hecho de que Matronas es el valor más bajo en formación para los hombres también en **2018**.

Tabla 13. Perfil profesional del alumnado en formación VG. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018

PERFIL PROFESIONAL	2017				2018				TOTAL SNS	
	♂	♀	♂(%)	♀(%)	♂	♀	♂(%)	♀(%)	2017	2018
Medicina	897	1.893	32,2%	67,8%	1.091	1.866	36,9%	63,1%	2.790	2.957
Enfermería	273	2.046	11,8%	88,2%	539	2.141	20,1%	79,9%	2.319	2.680
Matronas	11	312	3,4%	96,6%	13	195	6,3%	93,8%	323	208
Pediatría	66	163	28,8%	71,2%	49	110	30,8%	69,2%	229	159
Psiquiatría	27	35	43,5%	56,5%	59	116	33,7%	66,3%	62	175
Psicología	13	49	21,0%	79,0%	37	120	23,6%	76,4%	62	157
Trabajo Social	12	241	4,7%	95,3%	19	366	4,9%	95,1%	253	385
Otro personal sanitario	256	951	21,2%	78,8%	83	583	12,5%	87,5%	1.207	666
Otro personal no sanitario	156	394	28,4%	71,6%	91	416	17,9%	82,1%	550	507
TOTAL	1.711	6.084	21,67%	78,05%	1.981	5.913	25,1%	74,9%	7.795	7.894

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 10. Perfil del alumnado en VG por sexo. Años 2017 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

A continuación, en las tablas 14a y 14b, se exponen los datos relativos al perfil profesional y sexo del alumnado formado en violencia de género en el SNS, desagregado por CCAA, de los años 2017 y 2018 respectivamente.

Reiteramos de nuevo la necesidad de tener en cuenta en este análisis, que no todas las CCAA han podido aportar sus datos desagregados por estas dos variables de forma conjunta (*La Rioja, Cantabria y Murcia para 2017 y C. Valenciana, Madrid y Navarra para 2018*).

Aun teniendo en cuenta estas incidencias en los datos desagregados por CA, **Murcia, Aragón, Andalucía y Asturias** destacan por el número de profesionales del perfil de **Medicina** formados en ambos años. En el caso de **Matronas y Pediatría** en 2017, destacan **Castilla y León y Asturias**, manteniendo esta tendencia también para **2018** con **43** matronas (4 hombres y 39 mujeres) y **26** pediatras (3 hombres y 23 mujeres) para **Castilla y León, y Asturias** con sus **11** matronas (sólo mujeres) y **32** pediatras de los cuales **10** son hombres.

Murcia y Baleares destacan por la formación a profesionales del ámbito de salud mental –**Psiquiatría y Psicología**– con 36 psiquiatras y 4 psicólogas respectivamente para **2017**. **Murcia** sigue destacando con **102** psiquiatras formados en **2018**, siendo esta vez **Castilla y León** quien le acompaña con **17** Psicólogas (entre ellas sólo 1 hombre) en **2018**.

Destaca para el perfil de **Trabajo Social**, el esfuerzo formativo realizado por **Castilla y León**, que tiene el máximo en **2017** con **48** personas formadas, y en **2018** duplica su cifra con **109**. Realizar un análisis comparado en mayor profundidad no es posible dado que, a pesar de los grandes esfuerzos realizados, algunas CCAA siguen sin aportar todavía datos desagregados de manera sistemática para todas las categorías de este análisis.

Tabla 14a. Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2017

CCAA	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			PEDIATRÍA			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			TRABAJO SOCIAL			OTRO PERSONAL SANITARIO			OTRO PERSONAL NO SANITARIO			
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	
Andalucía	20	336	356	12	402	414	4	19	23	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	29	31	50	320	370	120	81	201	
Aragón	330	520	850	25	405	430	0	25	25	3	8	11	0	0	0	0	0	0	1	15	16	0	12	12	0	0	0	
Asturias	196	289	485	68	316	384	0	21	21	14	24	38	3	2	5	0	3	3	2	9	11	12	89	101	4	36	40	
Baleares	7	36	43	2	43	45	0	9	9	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	13	13	2	7	9	1	11	12	
Canarias	1	7	8	2	12	14	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0	7	7	1	2	3	1	8	9	
Cantabria	6	9	15	1	13	14	0	2	2	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	2	2	1	6	7	0	0	0	
Castilla y León	85	170	255	25	212	237	2	59	61	3	14	17	0	1	1	0	1	1	2	46	48	4	63	67	3	7	10	
Castilla-La Mancha	3	6	9	1	12	13	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	8	37	45	0	0	0	
Cataluña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Valenciana	4	5	9	5	10	15	1	43	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	5	10	15	
Extremadura	10	64	74	15	48	63	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25	27	0	5	5	1	8	9	
Galicia	1	9	10	2	38	40	0	5	5	0	0	0	0	2	2	0	6	6	1	7	8	0	3	3	0	0	0	
Madrid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Murcia	177	234	411	97	231	328	2	40	42	30	51	81	20	16	36	11	26	37	2	43	45	172	357	529	14	40	54	
Navarra	2	9	11	0	44	44	0	5	5	0	0	0	4	0	4	0	3	3	0	15	15	0	0	0	0	0	0	
País Vasco	47	192	239	16	245	261	0	20	20	14	59	73	0	8	8	1	2	3	0	21	21	6	48	54	6	30	36	
Rioja, La	0	0	0	0	0	0	2	55	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	8	7	15	2	15	17	0	1	1	2	6	8	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1	7	8	
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total SNS	897	1.893	2.790	273	2.046	2.319	11	312	323	66	163	229	27	35	62	13	49	62	12	241	253	256	951	1.207	156	238	394	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 14b. Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado por sexo y CCAA. Año 2018

CCAA	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			PEDIATRÍA			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			TRABAJO SOCIAL			OTRO PERSONAL SANITARIO			OTRO PERSONAL NO SANITARIO			
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	
Andalucía	131	230	361	92	369	461	2	13	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	30	35	0	0	0	0	0	0	
Aragón	132	216	348	3	25	28	0	2	2	2	4	6	0	0	0	0	0	0	0	15	15	0	2	2	0	0	0	
Asturias	128	247	375	47	298	345	0	11	11	10	22	32	1	2	3	2	1	3	0	12	12	3	25	28	6	41	47	
Baleares	52	67	119	20	108	128	0	11	0	5	8	13	0	1	1	0	1	1	0	5	5	4	24	28	7	66	73	
Canarias	0	13	13	9	31	40	0	5	5	0	1	1	1	0	1	3	2	5	0	4	4	1	14	15	0	1	1	
Cantabria	24	54	78	0	30	30	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	3	3	2	20	22	2	34	36	0	1	1	
Castilla y León	91	172	263	19	286	305	4	39	43	3	23	26	8	39	47	1	16	17	6	103	109	9	119	128	4	49	53	
Castilla-La Mancha	84	96	180	50	193	243	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	33	42	10	16	26	
Cataluña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Valenciana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremadura	52	107	159	21	97	118	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	8	2	7	9	1	11	12	
Galicia	6	13	19	3	70	73	0	3	3	0	0	0	0	0	0	1	4	5	1	9	10	2	4	6	3	24	27	
Madrid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Murcia	301	451	752	152	437	589	3	52	55	29	49	78	46	56	102	30	82	112	4	75	79	40	177	217	36	105	141	
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	19	114	133	9	181	190	1	26	27	0	3	3	2	17	19	0	4	4	0	26	26	7	124	131	14	72	86	
Rioja, La	64	82	146	103	13	116	1	30	31	0	0	0	0	0	0	0	7	7	0	51	51	4	20	24	10	30	40	
Ceuta	7	4	11	11	3	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total SNS	1.091	1.866	2.957	539	2.141	2.680	13	195	208	49	110	159	59	116	175	37	120	157	19	366	385	83	583	666	91	416	507	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Análisis en relación al profesorado

Atendiendo a la tabla 15 y los gráficos 11a y 11b, es el sector público⁶ quien aglutina el mayor porcentaje de adscripción del profesorado, con un **92,57%** y un **87,56%** de los casos respectivamente en 2017 y 2018.

Tabla 15. Adscripción del profesorado en materia de VG. Años 2017 y 2018

ADSCRIPCIÓN	2017		2018	
	Profesionales	%	Profesionales	%
Administración General	7	1,21%	15	1,98%
Administración Autonómica	496	85,66%	610	80,69%
Administración Local	13	2,25%	11	1,46%
Otras instituciones públicas	20	3,45%	26	3,44%
ONG	8	1,38%	65	8,60%
Personas expertas	30	5,18%	18	2,38%
Otras instituciones privadas	5	0,86%	11	1,46%
Total	579	100%	756	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

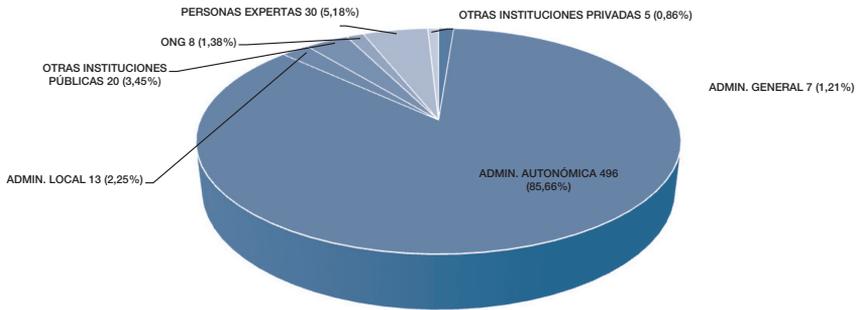
Como en años anteriores, la **Administración Autonómica** es la **adscripción más frecuente del profesorado en este tipo de formación, aunque se ha visto ligeramente reducida en relación al año 2016 (89,5%), ya que en 2017** ha supuesto un **85,66%** del profesorado y en **2018** un **80,69%**.

En relación a la **Administración General del Estado** hay un ligero aumento en 2018, que pasa del 1,21% de 2017 a 3,45%. Respecto a la adscripción a la **Administración Local**, ocurre al contrario, desciende en 2017 a 2,24% en relación al 4,33% de 2016, y continúa bajando a 1,45% en 2018. Por último, dentro del sector público, el ítem de “**otras instituciones públicas**” se mantiene estable en ambos años con un 3,45%, aumentando en apenas un punto porcentual respecto a 2016 (2,51).

La participación de otras **Instituciones Privadas** pasa para **2017** del 1,6% anterior a **0,86%**, con lo que se percibe un descenso puntual pues vuelve a aumentar un 1,46% para **2018**. Por su parte, la adscripción a **ONG** presenta un **aumento considerable en 2018**, que pasa del 0,9% del 2016 a un 8,6%. Las personas expertas (*freelance*) como parte del profesorado en esta formación VG ha experimentado un descenso paulatino, situándose en el **5,18%** para 2017, y **2,38%** en 2018.

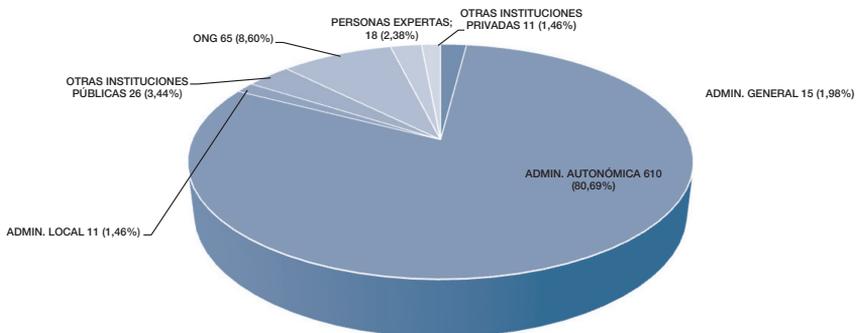
⁶ Sector público incluye la Administración General del Estado, la Administración Autonómica y la Administración Local.

Gráfico 11a. Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Gráfico 11b. Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2018

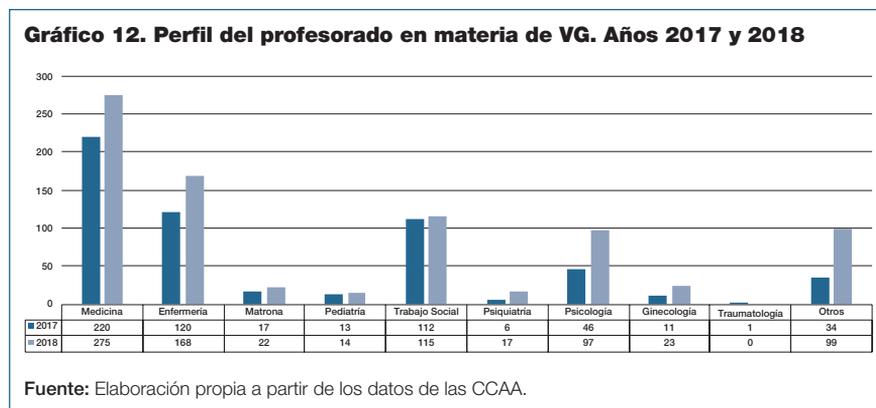


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

En relación a los **perfiles profesionales del profesorado** como puede verse en el gráfico 12, tanto en 2017 como en 2018, el perfil de **Medicina** aglutina a su alrededor prácticamente la mitad del personal docente y esta se mantiene en un intervalo del 33-38% durante el bienio, aumentando en 2018. **Enfermería y Matronas** aumentan su presencia cuantitativa en los equipos docentes, aunque al traducirlo a porcentaje sólo se produce una oscilación del 1% entre los dos años, por lo que en proporción a otros perfiles la subida es muy ligera. En el caso de Matronas, se da una situación parecida, subida de 17 a 22 personas, pero suponen un **3%** sobre el total de formadores/as en 2017 y un **2%** sobre el total del año 2018.

Un comportamiento parecido se observa en **Trabajo Social**, sube de 112 a 115 personas docentes, pero en realidad supone un **19%** y un **14%** sobre total de docentes en cada año respectivamente. **Psicología y Psiquiatría** (salud mental) tienen una **subida constatable** en **2018** (incrementos del 8%

y 1% respecto al total en 2017), por lo que se sitúan en el este último año en un **12%** y **2%**. **Ginecología** mantiene estable su representación para todo el bienio.



Observando los datos **desagregados por sexo** en el gráfico 13, **los hombres siguen teniendo menor presencia en los equipos docentes** respecto a sus homólogas mujeres, tal como ocurre con el alumnado y siguiendo la misma tendencia de años anteriores. Dentro de esta menor participación generalizada, es en perfiles como **psiquiatría, matronas o ginecología en los que el profesorado masculino está menos presente** que el resto para **2017**; y matronas, **pediatría y ginecología** donde menos hombres se han registrado en **2018**. Por el contrario, destacan en medicina y enfermería para los dos años como ocurre con el alumnado.

Las profesoras por su parte, además de ser mayoritariamente de perfiles como **Medicina y Enfermería**, añaden el perfil de **Trabajo Social** de forma destacada **para ambos años** entre los equipos docentes que imparten esta formación continuada.

Gráfico 13. Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Si miramos ahora por CCAA, respecto a los **perfiles profesionales, Medicina y Enfermería** siguen siendo también los más frecuentes en estos equipos docentes como puede verse en las tablas 16a y 16b para ambos años y para casi todas las CCAA con excepción de Asturias (2017), Cantabria (2018), C. Valenciana (2017) y Navarra (2017), donde se prioriza el perfil de **Trabajo Social** y C. Valenciana (2017) y Navarra (2017) apuestan también por **Psicología**, que son, en general, los perfiles que se sitúan por detrás de medicina y enfermería en la mayoría de las CCAA para los dos años.

Tabla 16a. Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2017

CCAA	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			PEDIATRÍA			TRABAJO SOCIAL			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			GINECOLOGÍA			OTROS			
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	
Andalucía	7	59	66	7	38	45	0	0	0	0	0	0	6	25	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Aragón	5	15	20	4	3	7	0	4	4	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
Asturias	1	10	11	0	3	3	0	1	1	0	0	0	0	15	15	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	5	5	
Baleares	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Cantabria	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0	3	3	0	0	0	
Castilla y León	2	37	39	1	26	27	1	1	2	0	0	0	0	22	22	0	0	0	1	2	3	1	0	1	3	2	5	
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	1	1	
Cataluña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C. Valenciana	5	5	10	0	6	6	0	2	2	0	1	1	2	9	11	1	0	1	14	6	20	1	1	2	2	8	10	
Extremadura	4	1	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Galicia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	
Madrid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Murcia	7	28	35	0	11	11	0	4	4	1	2	3	0	5	5	0	2	2	0	7	7	0	1	1	2	1	3	
Navarra	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	
País Vasco	1	2	3	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	4	
Rioja, La	5	20	25	2	14	16	0	3	3	1	5	6	0	18	18	1	1	2	0	2	2	0	3	3	0	0	0	
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total SNS	39	181	220	15	105	120	1	16	17	2	11	13	8	104	112	3	3	6	16	30	46	2	9	11	8	27	35	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Tabla 16b. Perfil del profesorado en materia de VG datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2018

CCAA	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			PEDIATRÍA			TRABAJO SOCIAL			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			GINECOLOGÍA			OTROS		
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT
Andalucía	13	56	69	9	40	49	0	0	0	0	0	0	6	29	35	0	0	0	1	7	8	0	0	0	0	0	0
Aragón	0	4	4	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Asturias	5	11	16	0	8	8	0	1	1	0	2	2	2	12	14	0	0	0	0	6	6	0	3	3	3	4	7
Baleares	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Canarias	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cantabria	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	3	3	0	1	1	0	0	0
Castilla y León	3	14	17	1	13	14	0	2	2	1	1	2	0	2	2	3	1	4	1	3	4	1	0	1	6	7	13
Castilla-La Mancha	1	7	8	1	4	5	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	1	1	0	3	3	0	0	0	1	4	5
Cataluña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Valenciana	2	8	10	0	4	4	0	4	4	1	3	4	1	6	7	1	1	2	1	2	3	2	5	7	0	8	8
Extremadura	2	3	5	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	2	2
Galicia	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	1	1
Madrid	15	61	76	4	26	30	0	8	8	3	2	5	2	17	19	3	5	8	6	19	25	1	7	8	7	19	26
Murcia	9	34	43	9	26	35	0	1	1	0	0	0	1	15	16	0	0	0	2	28	30	0	0	0	2	11	13
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	1	4	5	0	3	3	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	3	3	0	0	0	3	17	20
Rioja, La	2	13	15	2	8	10	0	3	3	0	1	1	0	14	14	0	0	0	1	2	3	0	2	2	0	2	2
Ceuta	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total SNS	53	222	275	26	142	168	0	22	22	5	9	14	13	102	115	7	10	17	13	84	97	4	19	23	22	77	99

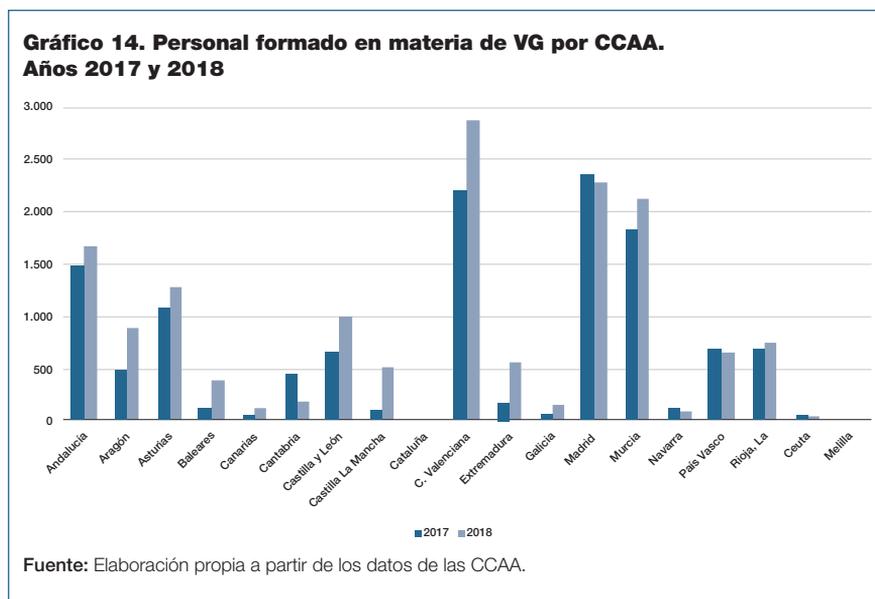
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

1.2.2 Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Años 2017 y 2018. Formación en materia de violencia de género

Personal formado. Datos desagregados por sexo

Como ocurrió en **2016**, Cataluña no ha podido facilitar datos de 2017 y 2018 respecto a sus actividades formativas para la prevención, detección precoz y seguimiento de los casos de violencia de género detectados y registrados en sus servicios sanitarios. Tampoco Melilla. No obstante, en el apartado referido al análisis comparativo de tendencias y evolución de los datos se puede consultar la evolución, tanto para el conjunto del SNS como para cada CA desde el año 2010, teniendo en cuenta aquellas CCAA que no han facilitado los datos de personal formado en virtud de que no se distorsionen las series temporales.

En el gráfico 14 se puede ver de forma gráfica el conjunto de profesionales que se han formado en los años 2017 y 2018 en cada CA. Se debe tener en cuenta, no obstante, las aclaraciones que se exponen en el gráfico 25 y la tabla 28 respecto a los sesgos interanuales, que condicionan los totales expresados por año y CCAA para este informe.



Como ya se ha comentado en informes anteriores, **sería más interesante expresar** el dato de profesionales que se han formado **en formato de tasa** mejor que en número absoluto, teniendo como denominador común a la población diana sujeto de la formación, tanto los recursos humanos totales como clasificados en base a los principales perfiles profesionales sanitarios. Pero estas tasas todavía no se pueden construir porque muchas CCAA no pueden facilitar estos datos del denominador.

A tenor de esta dificultad, se vuelve a sugerir para próximos informes, como ya se hizo en los Informes 2016 y 2017, **mejorar este análisis con el cálculo de la tasa de personal formado en relación a la población de mujeres mayores de 14 años en cada año** (*fuerza del denominador: datos padrón INE para cada año, relativos a la población que se utiliza para el cálculo del denominador en las tasas de casos de VG detectados desde los servicios sanitarios y que se utilizan como denominador también para el cálculo de las tasas en la primera parte de este Informe*). Ello constituirá una aproximación a la cobertura de profesionales de servicios sanitarios que han recibido formación en prevención y detección precoz de la violencia de género respecto a la población potencial entre la que podría darse algún caso de violencia de género tal como se recoge en la definición de caso del SNS⁷.

En relación a la **desagregación de datos por sexo**, no todas las CCAA tienen capacidad para proporcionarlos de forma sistemática para todas las variables que se solicitan en este Informe, por lo que no se pueden inferir conclusiones de manera generalizada en determinadas cuestiones. Es imprescindible por tanto que las CCAA procedan a normalizar los formularios de recogida de estadísticas de formación de profesionales en materia de violencia de género, desagregadas por sexo, tanto por ámbito asistencial como por modalidad formativa, máxime cuando el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres así lo exige al ámbito sanitario. Además, el abordaje de la violencia de género y su detección precoz por parte de los equipos profesionales implicados requiere que tanto mujeres como hombres participen en **proporción/tasas** lo más igualitaria posible, sobre la base de la composición de sus plantillas.

Aunque el sector sanitario sea un sector feminizado, existe cierto sesgo en cuanto a acudir a la formación en determinados perfiles profesionales en los que hay una mayor presencia de hombres, tal como se reflejaba en las gráficas y tablas para el conjunto del SNS.

No obstante, y pese a todos los inconvenientes, se ha realizado un gran esfuerzo para poder elaborar una base estadística lo suficientemente fiable

⁷ Definición de caso de Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce por primera vez sufrir maltrato.

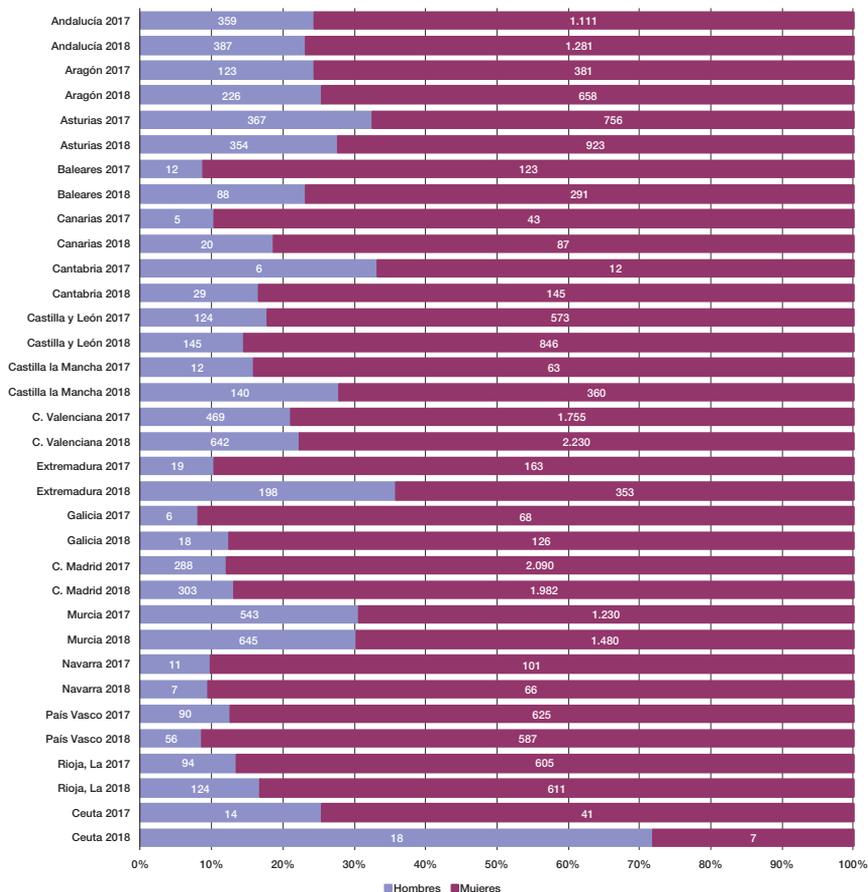
y representativa de los procesos de formación básica y especializada que las CCAA desde sus servicios de salud y en colaboración con sus Consejerías de Sanidad están llevando a cabo para implementar las medidas establecidas en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Como se observa en la tabla 17 y el gráfico 15, en valores absolutos de número de profesionales que han recibido esta formación, Madrid, Murcia, Andalucía, Asturias y Comunidad Valenciana son las comunidades con mayor cantidad de personal formado en los dos años, siendo Madrid la que aporta el valor mayor para 2017 (**2.378** profesionales) y C. Valenciana en 2018 (**2.872** profesionales). Llama la atención el valor de Murcia para los dos años (**1.773** y **2.125**) siendo una CA con menor proporción poblacional, pero los datos se explican por el trabajo para implantar su programa de cribado de violencia de género desde servicios sanitarios.

CCAA	2017			2018		
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT
Andalucía	359	1.111	1.470	387	1.281	1.668
Aragón	123	381	504	226	658	884
Asturias	367	756	1.123	354	923	1.277
Baleares	12	123	135	88	291	379
Canarias	5	43	48	20	87	107
Cantabria	6	12	18	29	145	174
Castilla y León	124	573	697	145	846	991
Castilla-La Mancha	12	63	75	140	360	500
Cataluña	0	0	0	0	0	0
C. Valenciana	469	1.755	2.224	642	2.230	2.872
Extremadura	19	163	182	198	353	551
Galicia	6	68	74	18	126	144
Madrid	288	2.090	2.378	303	1.982	2.285
Murcia	543	1.230	1.773	645	1.480	2.125
Navarra	11	101	112	7	66	73
Pais Vasco	90	625	715	56	587	643
Rioja, La	94	605	699	124	611	735
Ceuta	14	41	55	18	7	25
Melilla	0	0	0	0	0	0
Total SNS	2.542	9.740	12.282	3.400	12.033	15.433
% respecto al total anual	20,70%	79,30%		22,03%	77,97%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 15. Personal formado por CCAA, Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Las CCAA que han formado a **menos de 100 profesionales** han sido Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia y Ceuta en 2017, y Navarra y Ceuta en 2018. Sin embargo, destacan por el extremo opuesto, la C. Valenciana y la C. de Madrid con **más de 2.000 profesionales** formados/as en ambos años. Con una magnitud similar se encuentra Murcia, que ha formado en 2018 a 2.125 profesionales; y la siguen Andalucía y Asturias con **más de 1.000 profesionales** formados/as en ambos años.

La **participación masculina** mantiene su tendencia en torno al **20%** para 2017 y en torno al **22%** en 2018 (tanto por ámbito asistencial, como por tipo de actividad y perfil profesional). **Por encima del 22%** de participación

masculina se encuentran de nuevo Ceuta 2017, Extremadura 2018, Castilla-La Mancha 2018, Baleares 2018, Murcia, Asturias, Aragón y Andalucía para ambos años. Es digno de mención el caso de Ceuta en 2018, donde la participación masculina en el alumnado **supera el 70%**.

Con una participación masculina **inferior al 10%** se presentan Baleares 2017, Cantabria 2017 (con un escaso 1,44%), Galicia 2017, País Vasco 2018 y Navarra en ambos años.

Indudablemente, el personal sanitario masculino debe hacer un esfuerzo y toma de conciencia para formarse en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género, ya que tanto las mujeres maltratadas, así como sus hijas e hijos, las mujeres que sufren violencias sexuales, mujeres embarazadas que sufren maltrato, mujeres con discapacidad, mujeres y niñas con una mutilación genital femenina practicada, o aquellas que estén en situación de trata con fines de explotación sexual, cuando acuden a consulta en su centro de salud o a recibir asistencia sanitaria a un hospital, pueden hacerlo indistintamente, a profesionales de ambos sexos.

Por eso es fundamental la sensibilización primero y una adecuada formación posterior (básica y/o especializada), para que los hombres profesionales de los equipos sanitarios también desarrollen capacitación en la identificación de signos y síntomas de sospecha ante un posible caso de violencia de género, diagnóstico médico adecuado (no medicalización del malestar), aplicar los protocolos y guías sanitarias al respecto, y conocer y derivar a los recursos comunitarios adecuados de manera que se facilite la atención y seguimiento integral de salud en los casos detectados, evitando así que los estereotipos sexistas puedan incluir sesgos en la atención sanitaria ofrecida desde el SNS a este grave problema de salud pública.

Análisis por ámbito asistencial

Se analizan a continuación el número de actividades por ámbito asistencial y CCAA, datos que pueden verse con detalle en la tabla 18, y de forma visual en los gráficos 16a y 16b.

Tabla 18. N° de actividades impartidas en materia de VG por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018				
	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	54	14	19	4	91	42	17	28	2	89
Aragón	88	13	13	19	133	64	0	0	0	64
Asturias	93	82	54	1	230	40	55	2	4	101
Baleares	0	0	0	6	6	19	0	1	0	20
Canarias	0	0	0	2	2	0	0	0	5	5
Cantabria	0	1	0	8	9	2	0	0	4	6
Castilla y León	36	2	1	1	40	22	18	0	4	44
Castilla-La Mancha	1	0	0	4	5	4	0	0	25	29
Cataluña										
C. Valenciana	52	22	2	44	120	151	2	2	78	233
Extremadura	11	1	0	2	14	11	0	1	2	14
Galicia	0	0	0	2	2	0	0	0	6	6
Madrid	41	25	6	8	80	30	29	6	3	68
Murcia	44	8	2	37	91	99	4	0	0	103
Navarra	4	3	0	2	9	3	3	0	0	6
País Vasco	30	1	0	4	35	8	0	0	10	18
Rioja, La	20	11	1	6	38	37	5	1	7	50
Ceuta	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Melilla										
Total SNS	475	183	98	150	906	533	133	41	150	857
% respecto al total anual	52,4%	20,2%	10,8%	16,6%	100,0%	62,2%	15,5%	4,8%	17,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Cataluña y la Ciudad Autónoma de Melilla no han podido facilitar sus datos.

En **2017** Asturias, Aragón, C. Valenciana, Andalucía y Murcia son las CCAA con más acciones formativas totales realizadas en materia de violencia de género, siendo las acciones desarrolladas en AP las más numerosas en estas CCAA. En **2018** se observa una tendencia casi generalizada al descenso de acciones formativas en la mayoría de CCAA, salvo en C. Valenciana, Murcia y La Rioja. En Baleares, Castilla y León, así como en Castilla-La Mancha, se observa en 2018 cierto crecimiento concentrado en determinados ámbitos asistenciales (AP, AE y Mixto respectivamente).

Atención Primaria. Como ya hemos visto en tablas y gráficos anteriores sobre datos para el conjunto del SNS, y ahora desagregados por CA

y ámbito, se correlacionan los datos para los dos años de estudio, siendo el ámbito Atención Primaria el que más formaciones aglutina en porcentaje sobre el total de acciones formativas realizadas (52,4% en 2017 y 62,2% en 2018). Sabemos por el informe del año anterior, que C. Valenciana se encontraba en 2016 al comienzo de la implantación de su “Programa de cribado de Violencia de Género”, lo cual explicaría el notable crecimiento de 2017 a 2018 del número de actividades formativas en AP (de 52 a 151). Con los datos aportados sobre **2018** se obtiene visión más completa de lo que supone el esfuerzo en formación de profesionales para poder implantar el programa y hacerlo sostenible en el tiempo.

En este sentido, se observa también en comunidades como La Rioja que ha trabajado en el pilotaje de implementación de la Buena Práctica de Cribado de Violencia de Género, el papel fundamental de la formación en Atención Primaria, por ello el número de acciones formativas en este ámbito asistencial de 2017 a 2018 ha aumentado.

Extremadura, que también ha trabajado en dicho pilotaje de Cribado, mantiene las cifras para ambos años, posiblemente porque la implementación la centró en 2 zonas sanitarias concretas, no en el conjunto de la CA.

Murcia destaca también por su incremento de acciones formativas en AP, en el cual posiblemente haya influido que sus acciones formativas centradas en la presentación del nuevo registro de Atención Primaria, se haya incluido en el contrato de gestión (contrato programa) como actividad pertinente para el conjunto del Servicio Murciano de Salud, y por tanto obligatoria para el personal sanitario. Por otra parte, para la realización de esta actividad se eligió una estrategia formativa de teleconferencia, que facilitó la asistencia desde el propio centro de trabajo.

El resto de CCAA, mantiene una tendencia generalizada a la disminución de acciones formativas en general de 2017 a 2018, a excepción de Baleares, Castilla y León y Castilla-La Mancha. En el caso de Baleares creció por sus acciones formativas en Atención Primaria, en Castilla y León por aumentar las de formación en el ámbito hospitalario (AE) y Castilla-La Mancha optó por la formación de carácter Mixto (profesionales de todos los ámbitos asistenciales en acciones conjuntas).

Galicia, Canarias y Castilla-La Mancha, parecen haber optado en este bienio por desarrollar acciones formativas del ámbito “Mixto”.

Atención Hospitalaria: Las CCAA que siguen apostando por la formación en este ámbito son Asturias, que tiene prácticamente la misma carga formativa en AP y AE (93/82 para 2017 y 40/55 para 2018), siendo la única CCAA que presenta un dato mayor para AE que para AP (en 2018). Madrid (30AP/29AE para 2018), Castilla y León (22AP/18AE en 2018) y Navarra (4AP y 3AE en 2017 y 3 en ambos ámbitos en 2018) reparten de manera equitativa la formación entre AP y AE. También La Rioja que presenta 11

actividades en 2017 (20AP/11AE) aunque en 2018 baja a 5 el número de actividades en AE (37AP/5AE).

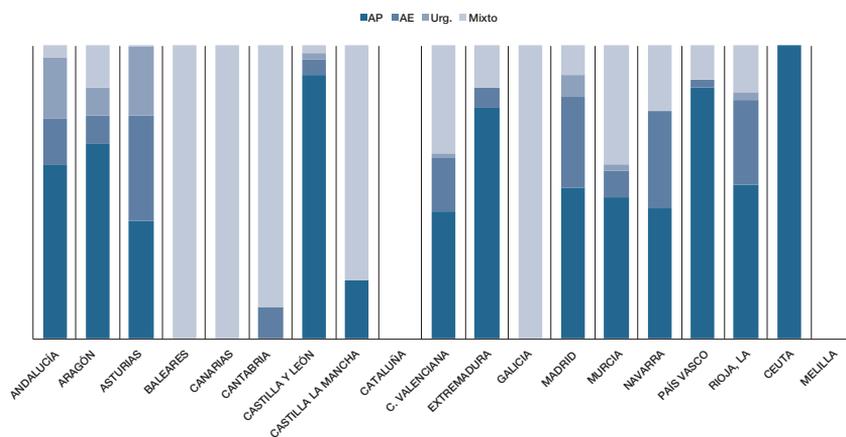
Urgencias: En 2017 son Asturias, Andalucía y Aragón las CCAA que realizan más acciones formativas en este ámbito. Asturias destaca en cuanto a número de actividades formativas en Urgencias, al equilibrar el esfuerzo formativo en los tres ámbitos de actuación: 93 (AP) 82 (AE) 54 (Urgencias). Asimismo, Andalucía registra valores destacados de acciones formativas en el ámbito de Urgencias por el incremento de 19 a 28 actividades durante el bienio analizado. En general, en el resto de CCAA se observa para ambos años que Urgencias es el ámbito más escaso en cuanto a acciones formativas, por lo que se invita a las CCAA a buscar un mayor equilibrio.

Mixto: Estamos ante una formación cuya característica fundamental es que profesionales de varios ámbitos asistenciales (AP, AE, Urgencias) y en algunas acciones formativas junto a profesionales de otros sectores diferente al sanitario pero que también están involucrados en la lucha contra la violencia de género, reciben la formación de forma conjunta en acciones realizadas desde los servicios sanitarios. Esta modalidad formativa, recoge un abanico de profesionales muy diferente y diverso, lo cual puede conducir a un enriquecimiento de las formaciones y a comprender y manejar con mayor fluidez un fenómeno tan complejo y transversal como es ofrecer una atención integral a los casos de violencia de género. En 2017 Aragón, Comunidad Valenciana y Murcia, (19, 44 y 37 acciones formativas respectivamente) han registrado los mayores índices en este tipo de formación.

En 2018 la C. Valenciana casi duplica este tipo de acciones formativas (78), siendo Castilla-La Mancha y País Vasco con 25 y 10 actividades respectivamente, quienes optan mayoritariamente en sus acciones formativas para esta modalidad mixta en 2018, posiblemente para la formación conjunta del ámbito hospitalario y urgencias de forma conjunta.

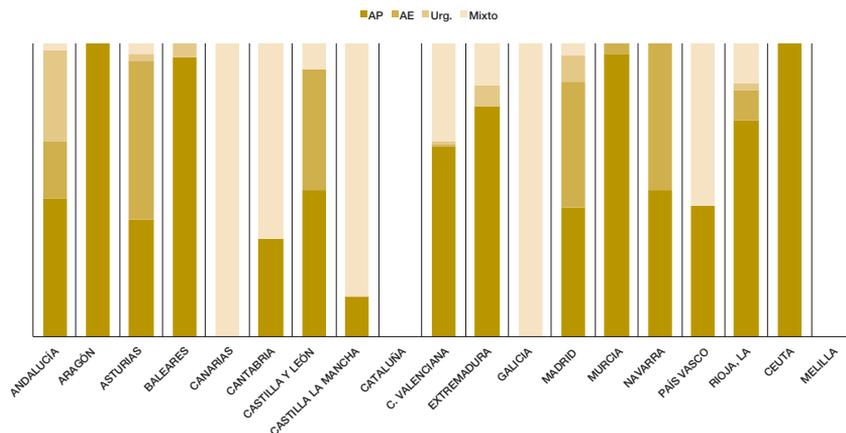
Los gráficos siguientes muestran de forma más intuitiva los valores de la tabla anterior para 2017 y 2018, observando claramente el predominio de acciones formativas por ámbito para cada CA.

Gráfico 16a. Nº de actividades por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Gráfico 16b. Nº de actividades por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Respecto al **PERSONAL FORMADO por CCAA** y ámbito asistencial en ambos años, como puede verse en la tabla 19, se observa la importante relación existente entre el volumen de personal formado en cada ámbito asistencial con la estrategia de acción de la CCAA para mejorar la detección del problema (ejemplo: Programa de Cribado en C. Valenciana, La Rioja; Murcia). En los gráficos 17a y 17b también puede analizarse lo acaecido durante estos dos años de forma más visual.

Tabla 19. Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018				
	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	921	103	357	89	1.470	762	293	417	196	1.668
Aragón	232	112	44	116	504	509	135	115	125	884
Asturias	849	52	142	80	1.123	807	191	121	158	1.277
Baleares	0	0	0	135	135	339	0	40	0	379
Canarias	23	25	0	0	48	0	0	0	107	107
Cantabria	0	18	0	400	418	77	2	0	95	174
Castilla y León	640	48	9	0	697	535	352	0	104	991
Castilla-La Mancha	20	0	0	55	75	71	0	0	429	500
Cataluña										
C. Valenciana	855	236	103	1.030	2.224	1.550	124	165	1.033	2.872
Extremadura	125	30	0	27	182	373	7	115	56	551
Galicia	0	0	0	74	74	0	0	0	144	144
Madrid	1.132	881	168	197	2.378	899	1.040	299	47	2.285
Murcia	894	131	35	713	1.773	1.689	369	15	52	2.125
Navarra	61	51	0	0	112	50	0	0	23	73
País Vasco	439	228	48	0	715	200	329	78	36	643
Rioja, La	455	137	21	86	699	390	109	20	216	735
Ceuta	55	0	0	0	55	25	0	0	0	25
Melilla										
Total SNS	6.701	2.052	927	3.002	12.682	8.276	2.951	1.385	2.821	15.433
% respecto al total anual	52,84%	16,18%	7,31%	23,67%	100,00%	53,63%	19,12%	8,97%	18,28%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Cataluña y la Ciudad Autónoma de Melilla no han podido facilitar sus datos.

Atención Primaria sigue siendo el centro neurálgico donde se concentra la mayoría de profesionales que se forman para prevenir y detectar precozmente la violencia de género desde el ámbito sanitario. En 2017 Madrid es la comunidad que cuenta con mayor número de personas formadas, seguida de Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana y Asturias. En 2018 podemos observar que Murcia y la Comunidad Valenciana incrementan notablemente su personal formado para este ámbito por encima de las

1.500 personas. En total se han formado **6.701 profesionales de AP en 2017 y 8.276 en 2018.**

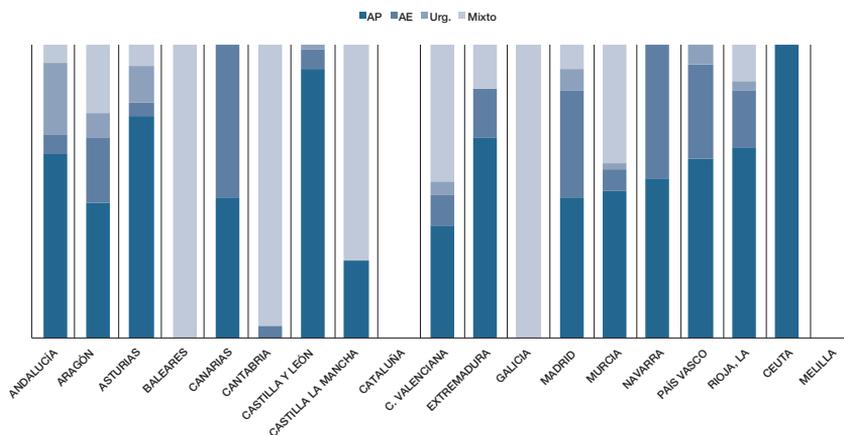
Si pasamos a **Atención Hospitalaria (AE)**, Madrid vuelve a situarse en primer lugar con 881 profesionales en 2017 y 1.040 en 2018. En 2017 le siguen C. Valenciana (236) y País Vasco (228), y en 2018 superan los 200 profesionales Andalucía, Castilla y León, Murcia y País Vasco. En 2018, además, hay un incremento en formación en AE respecto a 2017 en varias comunidades como Andalucía, Asturias, Castilla y León y Murcia, destacando Madrid que en 2018 ha puesto el foco en este ámbito, en vez de en AP, como ocurre en la mayoría de las CCAA.

Para el ámbito de **Urgencias**, Andalucía repite liderazgo en ambos años con 357 y 417 personas formadas, lo cual supone un punto muy positivo en virtud de la detección de casos. Por su parte, Baleares y Extremadura, que en 2017 no presentan profesionales de urgencias formados/as, sí lo hacen en 2018 con 40 y 115 personas respectivamente.

Por último, para el bloque **Mixto**, Comunidad Valenciana (1.030), Murcia (713) y Cantabria (400) marcan un mayor **índice de personas que han recibido esta formación de VG a lo largo de 2017**. En 2018 continúa despuntando C. Valenciana (1.033), y sobresale también por encima del resto de CCAA Castilla-La Mancha (429) que concentra su formación en esta modalidad.

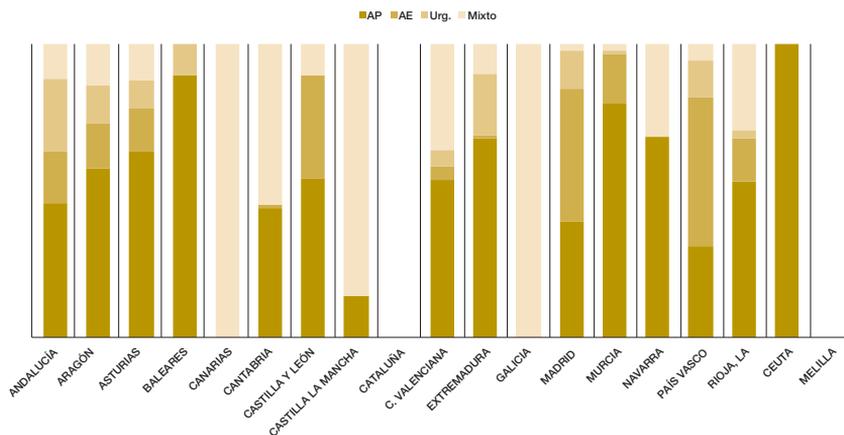
En 2017, Baleares y Galicia formaron a sus profesionales mediante esta modalidad Mixta, situación que repite Galicia en 2018 como hace también Canarias en ese año. En 2017, esta modalidad Mixta supuso el 23,67% del total del personal formado por detrás de AP y por delante de AE. En cambio, en 2018 la formación específica del ámbito hospitalario (AE) y la modalidad Mixta se acercan en cuanto al peso de la formación, suponiendo un 19,12% y un 18,28% del personal formado en ese año, respectivamente.

Gráfico 17a. Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Gráfico 17b. Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Análisis por tipo de actividad formativa

La tabla 20 describe de forma clara la situación de la formación por tipo de actividad en función de profundidad de contenidos y duración de la misma: **Sensibilización, Formación básica, Formación avanzada, Formación de formadores/as y “Otros”**⁸. En los gráficos 18a y 18b se presentan los datos de la tabla de forma más intuitiva y visual.

⁸ Recordamos que el apartado “Otros” se refiere a acciones formativas que no entran en los apartados anteriores (sensibilización, formación básica, formación avanzada, formación de formadores/as), como es el caso de formación continuada en la que está también el personal INTERNO RESIDENTE (MIR; EIR; FIR; PIR) rotando en ese momento en el centro sanitario, por ejemplo, incluyendo diferentes sesiones específicas sobre actuación sanitaria frente a la violencia de género (monográficos en unidades docentes, sesiones clínicas en primaria o en hospital, etc.).

Tabla 20. Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018						
	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores/as	Otros (MIR, EIR, etc.)	TOTAL	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores/as	Otros (MIR, EIR, etc.)	TOTAL
Andalucía	59	32	0	0	0	91	62	25	0	2	0	89
Aragón	115	9	0	0	9	133	60	4	0	0	0	64
Asturias	58	2	0	26	144	230	38	3	6	0	54	101
Baleares	6	0	0	0	0	6	0	19	0	0	1	20
Canarias	0	0	0	0	2	2	3	2	0	0	0	5
Cantabria	8	0	0	0	1	9	4	0	0	0	2	6
Castilla y León	36	3	0	1	0	40	35	6	0	1	2	44
Castilla-La Mancha	2	2	0	0	1	5	27	1	0	0	1	29
Cataluña												
C. Valenciana	84	16	6	8	6	120	202	9	6	10	6	233
Extremadura	11	3	0	0	0	14	12	2	0	0	0	14
Galicia	0	2	0	0	0	2	4	2	0	0	0	6
Madrid	69	6	4	1	0	80	41	27	0	0	0	68
Murcia	50	1	1	10	29	91	95	3	1	0	4	103
Navarra	3	2	1	1	2	9	4	0	1	0	1	6
País Vasco	20	2	13	0	0	35	4	3	11	0	0	18
Rioja, La	34	1	1	0	2	38	48	0	1	0	1	50
Ceuta	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Melilla												
Total SNS	555	81	27	47	196	906	640	106	26	13	72	857
% respecto al total anual	61,26	8,94	2,98	5,19	21,63		74,68	12,37	3,03	1,52	8,40	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos

Como se viene observando en años anteriores, la modalidad de **Sensibilización** es la modalidad más frecuentemente utilizada por todas las CCAA, un 61,26% y 74,68% respecto al total de acciones formativas en 2017 y 2018 respectivamente. Las actividades de sensibilización son acciones de **menos de 10 horas**, por lo que se convierte en un recurso que requiere menor inversión económica, temporal y de equipo docente, que otro tipo de modalidades. Por otro lado, son actividades con poca capacidad para profundizar. En 2017 destacan con este tipo de formación Aragón con 115 acciones, seguida de C. Valenciana (84) y Madrid (69). En 2018 Comunidad Valenciana vuelve a remontar con 202 actividades, aunque queda muy lejos de las 751 que presentó

en 2016 (un 65,87% del total de actividades de sensibilización de ese año) debido a su apuesta firme por el Programa de **Cribado** en ese año. Le sigue Murcia con 95 acciones.

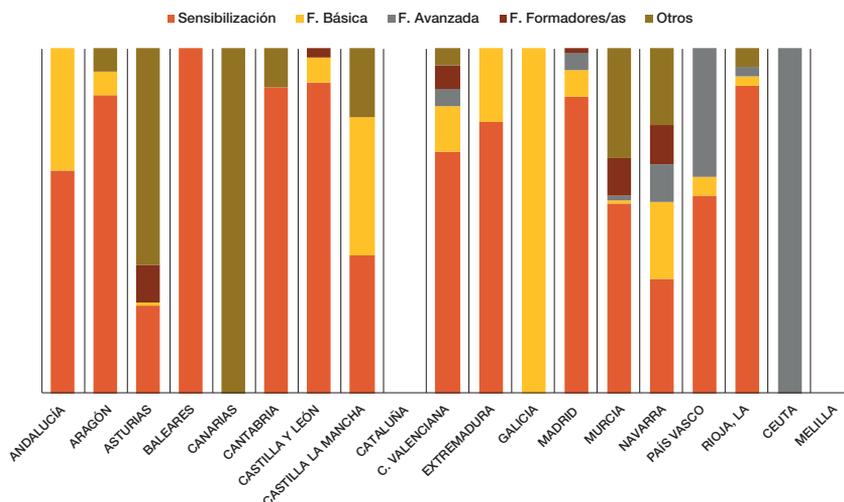
En cuanto a **Formación Básica** es Andalucía la que destaca con diferencia sobre las demás en 2017, con un total de 32 cursos. En 2018 Andalucía se sitúa con Madrid entre las CCAA con mayor impulso en esta modalidad formativa, con 27 y 25 actividades respectivamente, a pesar de que en el caso de Andalucía se produce un descenso respecto a 2017. Cabe mencionar el caso de Baleares con 19 acciones de formación básica en 2018 y ninguna acción de sensibilización, denotando una apuesta por una mayor profundización en la materia.

En la **Formación Avanzada** vemos que es País Vasco quien promueve en mayor medida este tipo de formación entre sus profesionales para los dos años de estudio en este Informe, con 13 y 11 acciones respectivamente que suponen la mayoría registradas en el conjunto de las autonomías para esta formación, llegando a superar en 2018 a las 4 acciones de sensibilización impartidas en esta CA. Son C. Valenciana, Murcia y Navarra las otras CCAA que mantienen también este tipo de formación en ambos años, pues Madrid sólo la impartió en 2017.

El peso de la **Formación de Formadores/as** ha aumentado considerablemente en 2017 respecto a 2016 que únicamente contaba con 19 acciones en el conjunto del SNS. En 2017 destacan Asturias y Murcia con 26 y 10 actividades respectivamente. En 2018, por el contrario, se alcanza un número de actividades por debajo de 2016 (13 en total), concentradas prácticamente en una sola CA, la Comunidad Valenciana (10 acciones formativas en esta modalidad).

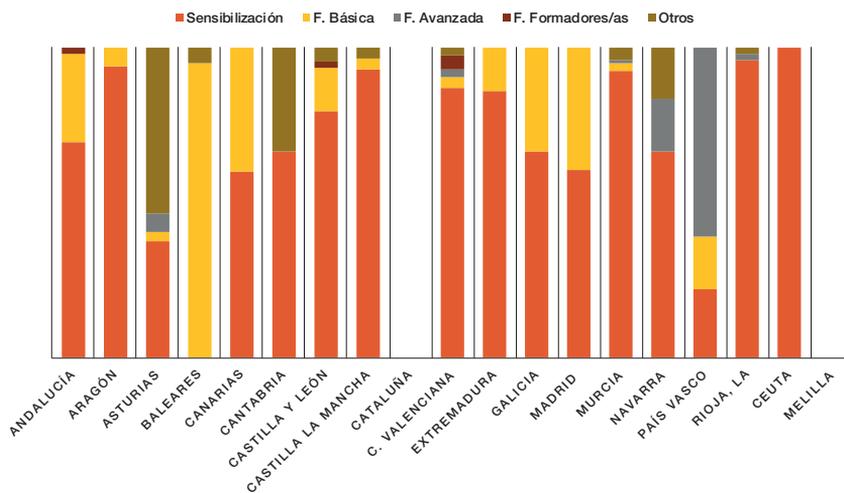
En 2017 destaca el grupo **“Otros”** suponiendo un 21,63% del total de acciones formativas del SNS. Asturias destaca en este aspecto los dos años, con 144 acciones en 2017 y 54 en 2018, dato que supone un 73% y 75% de esta modalidad para 2017 y 2018.

Gráfico 18a. Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Gráfico 18b. Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Análisis por tipo de actividad formativa y ámbito asistencial

Sensibilización

Tabla 21. Actividades de sensibilización por ámbito asistencial. CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018				
	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	36	14	6	3	59	32	16	14	0	62
Aragón	80	10	10	15	115	60	0	0	0	60
Asturias	39	8	10	1	58	33	3	0	2	38
Baleares	0	0	0	6	6	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Cantabria	0	0	0	8	8	0	0	0	4	4
Castilla y León	33	2	1	0	36	16	17	0	2	35
Castilla-La Mancha	0	0	0	2	2	3	0	0	24	27
Cataluña										
C. Valenciana	39	17	1	27	84	146	0	0	56	202
Extremadura	10	1	0	0	11	9	0	1	0	10
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Madrid	39	18	6	6	69	20	20	1	0	41
Murcia	41	7	2	0	50	94	1	0	0	95
Navarra	2	1	0	0	3	1	3	0	0	4
País Vasco	18	1	0	1	20	1	0	0	3	4
Rioja, La	19	11	1	3	34	37	5	1	5	48
Ceuta	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Melilla										
Total SNS	356	90	37	72	555	453	65	17	103	638
% respecto al total anual	64,1%	16,2%	6,6%	12,9%		71,0%	10,1%	2,6%	16,1%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

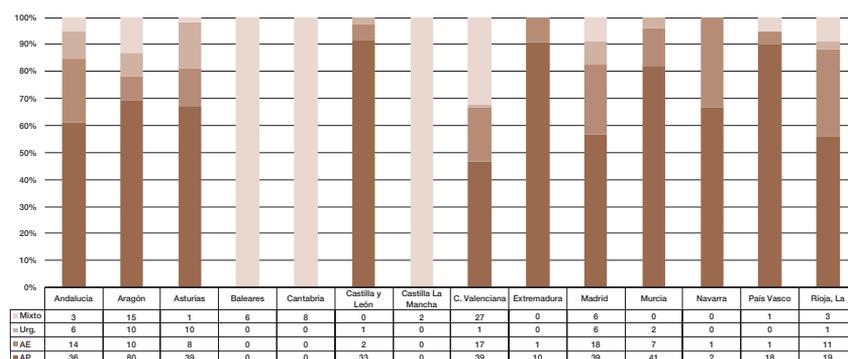
Especificando un poco más en este análisis de variables formativas en donde se trata de reflejar la importancia de la formación en materia de VG y cómo se produce en base a los distintos ámbitos asistenciales, la **sensibilización** es el tipo de actividad que más destaca, fundamentalmente, por los menores recursos que consume, incluido el tiempo que el conjunto de profesionales necesita para asistir a la formación. Dentro de la sensibilización vemos en la tabla 21 y los gráficos 19a y 19b⁹ que toma gran importancia el ámbito de

⁹ Las CCAA que no han realizado ninguna actividad de sensibilización (tabla 21) han sido suprimidas del gráfico, mostrando únicamente las que sí han realizado acciones de este tipo.

AP, que abarca el 64,14% de toda la sensibilización en 2017 y asciende a un 71% en 2018.

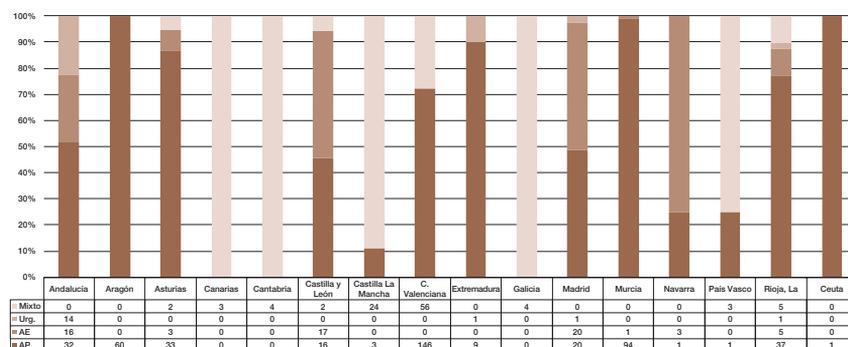
Destaca de forma visible en 2018 la Comunidad Valenciana (146) y Murcia (94) siendo las que más actividades de sensibilización han realizado en AP probablemente por el Programa de cribado, junto con Aragón (60), que es la CA que sólo ha realizado este tipo de acción formativa en 2018 y en AP, mientras en 2017, también las realizó en el resto de ámbitos (80).

Gráfico 19a. Actividades de sensibilización por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Gráfico 19b. Actividades de sensibilización por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Se observa también el predominio de actividades de sensibilización en **AP** en 2017 para Murcia, Madrid, C. Valenciana, Asturias, Andalucía y Castilla León, aunque se ven duplicadas por Aragón como ya se ha comentado. No obstante, en 2018 –a excepción de C. Valenciana y Murcia– todas las CCAA presentan un menor alcance de actividades de sensibilización en AP respecto a 2017. Por otra parte, Castilla-La Mancha y Ceuta que en 2017 no habían realizado ninguna acción formativa en esta materia en 2018 presentan 3 y 1 actividades respectivamente.

La **formación en AE** supone en 2017 el segundo ámbito (después de AP) para este tipo de actividades (16%), aunque en 2018 pasa a ser el tercero (10%) puesto que predominan las acciones formativas de ámbito Mixto. Madrid y Andalucía han realizado los dos años este tipo de formación con una carga similar, así como C. Valenciana en 2017 y Castilla y León en 2018.

En el ámbito **Mixto** vuelve a destacar la C. Valenciana con 27 actividades en 2017 y 56 en 2018. La sigue Castilla-La Mancha con 24 en 2018 y Aragón con 15 en 2017.

Por último, las **Urgencias** mantienen su tendencia de aglutinar el menor número de actividades formativas de Sensibilización: un 7% en 2017 y un 3% en 2018. De hecho, en 2018 es Andalucía prácticamente la única CA que apuesta por este ámbito realizando 14 de las 17 actividades totales que se presentan en dicho ámbito para el conjunto del SNS. En 2017 se repartieron entre Aragón, Asturias, Andalucía y Madrid.

Formación Básica

Tabla 22. Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018				
	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	18	0	13	1	32	10	1	14	0	25
Aragón	3	3	3	0	9	4	0	0	0	4
Asturias	1	1	0	0	2	1	1	1	0	3
Baleares	0	0	0	0	0	18	0	1	0	19
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	3	0	0	0	3	4	1	0	1	6
Castilla-La Mancha	0	0	0	2	2	0	0	0	1	1
Cataluña										
C. Valenciana	4	2	0	10	16	0	0	0	9	9
Extremadura	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2
Galicia	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2
Madrid	1	5	0	0	6	10	9	5	3	27
Murcia	1	0	0	0	1	1	2	0	0	3
Navarra	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	2	2	0	0	0	3	3
Rioja, La	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla										
Total SNS	32	12	16	19	79	50	14	21	21	106
% respecto al total anual	40,5%	15,2%	20,3%	24,1%		47,2%	13,2%	19,8%	19,8%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Las actividades de **formación básica**, como se veía en la tabla 20, supusieron en 2017 apenas el 8,94% del total de las actividades, aumentando en 2018 a un 12,37%. Muy por detrás ambos años de las actividades de sensibilización que, recordemos, son acciones de 10 horas o menos.

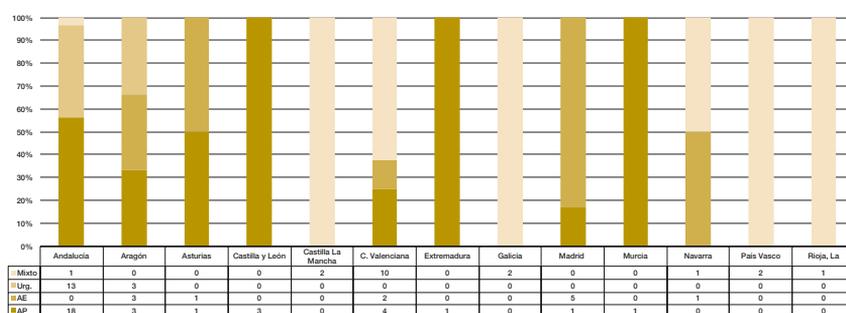
Al realizar el análisis de esta formación básica desagregado por ámbito asistencial, como se ve en la tabla 22 y los gráficos 20a y 20b¹⁰, vuelve a des-puntar AP para ambos años alcanzando un 40,5% en 2017 y aumentando en 7 puntos en 2018.

¹⁰ Las CCAA que no han realizado ninguna actividad de formación básica (tabla 22) han sido suprimidas del gráfico, mostrando únicamente las que sí han realizado acciones de este tipo. De esta forma se puede observar mejor la distribución por ámbitos asistenciales en aquellas CCAA que sí impartieron formación básica.

Para 2017, si analizamos por CA, Andalucía abarca gran parte de esta formación con 18 actividades en AP y 13 en Urgencias. Le sigue C. Valenciana (10) centrándolas no obstante en el ámbito Mixto, y Aragón que las reparte entre los ámbitos de AP, AE y Urgencias con 3 actividades para cada uno de ellos. A excepción de Andalucía y Aragón, ninguna otra CA realiza actividades de formación básica dirigidas exclusivamente al ámbito de Urgencias.

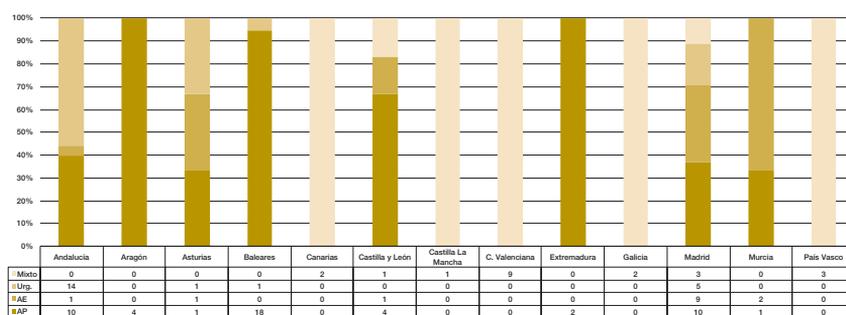
En 2018 aumentan en casi 30 puntos el número total de actividades y son Madrid (27), Andalucía (25) y Baleares (19), las que presentan un mayor impulso en relación al resto de CCAA. De estas CCAA merece una mención especial Baleares, que pasa de 0 actividades en 2017 a 19 en 2018, y Madrid, que pasa de 6 a 27 respectivamente. Por ámbitos asistenciales se repite lo anterior.

Gráfico 20a. Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 20b. Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Formación Avanzada

Tabla 23. Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018				
	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aragón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0	0	2	1	1	2	6
Baleares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataluña										
C. Valenciana	4	2	0	0	6	0	0	0	6	6
Extremadura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Madrid	1	2	0	1	4	0	0	0	0	0
Murcia	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Navarra	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
País Vasco	12	0	0	1	13	7	0	0	4	11
Rioja, La	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Ceuta	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Melilla										
Total SNS	21	4	0	2	27	11	1	1	13	26
% respecto al total anual	77,8%	14,8%	0,0%	7,4%		42,3%	3,8%	3,8%	50,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Las actividades llevadas a cabo en **formación avanzada**, modalidad en la que se realiza mayor profundización en contenidos y con mayor número de horas, alcanzan **apenas un 3%** de todas las actividades realizadas en materia de VG en el SNS para los años 2017 y 2018 (tabla 20).

En el análisis concreto de este tipo de formación (tabla 23 y gráficos 21a y 21b¹¹), vemos que se han realizado únicamente 27 y 26 acciones en el conjunto del SNS, en cada año respectivamente. **A pesar de esto, se ve un ligero aumento** en relación a 2016 donde sólo se contaba con 8 actividades de este tipo.

Siguiendo la tendencia de 2016, es País Vasco quien apuesta en mayor medida por este tipo de formación tan necesaria, para ambos años y en

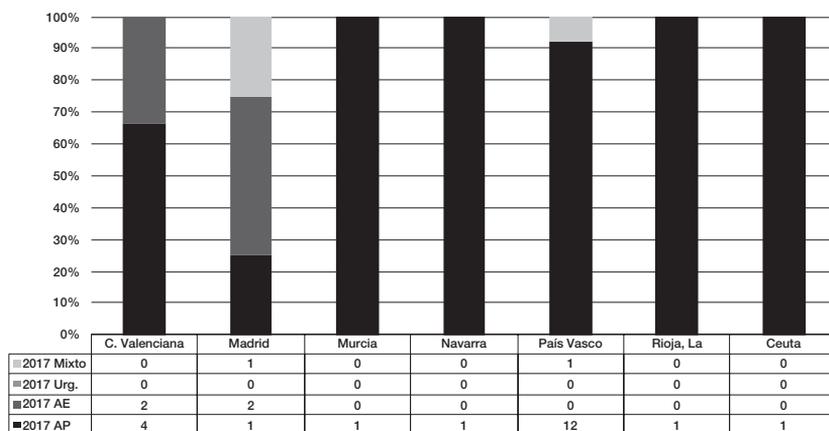
¹¹ Las CCAA que no han realizado ninguna actividad de formación avanzada (tabla 23) han sido suprimidas del gráfico, mostrando únicamente las que sí han realizado acciones de este tipo.

comparación con el resto de CCAA, poniendo el foco sobre todo en AP y de forma residual en el ámbito Mixto.

En 2017, cabe destacar también a la Comunidad Valenciana, por el esfuerzo que realiza en virtud de una formación más especializada con 6 acciones, seguida de Madrid (4) y de forma testimonial (1 acción formativa) en Murcia, Navarra, La Rioja y Ceuta. La mayoría en AP.

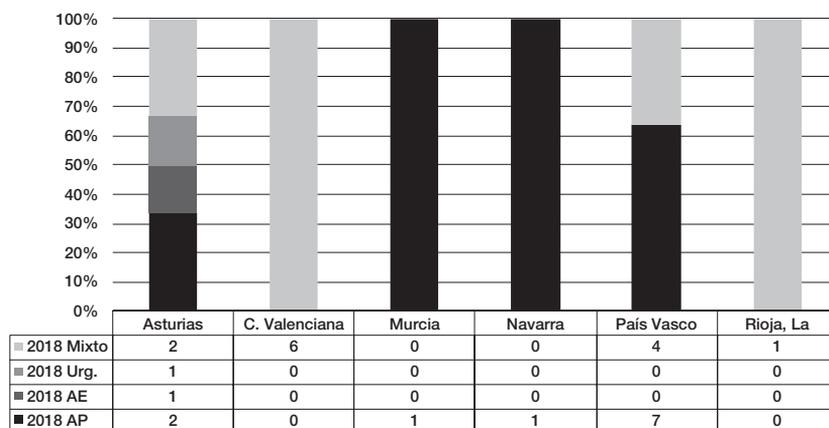
En 2018 cabe mencionar a Asturias con 6 actividades repartidas entre los diferentes ámbitos asistenciales, Castilla-La Mancha con otras 6 actividades agrupadas en el grupo Mixto, y de nuevo, de forma testimonial con 1 actividad Murcia (AP), Navarra (AP) y La Rioja (Mixto).

Gráfico 21a. Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 21b. Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Formación de formadores y formadoras

Como se reflejaba en la tabla 20, en el año 2017 este tipo de formación supuso un 5,19% del total de las actividades realizadas en materia de VG para el SNS, pero en 2018 descendió a un testimonial 1,52%, suponiendo el tipo de actividad menos realizada.

En la tabla 24 y los gráficos 22a y 22b¹² se ve como en 2017 hay un aumento considerable respecto al número total de actividades de este tipo (47) en relación a las 19 que se presentaban en 2016, aunque en 2018 vuelve a caer a 13 actividades, por debajo del dato aportado en informes anteriores.

Destaca en **2017** Asturias en los tres ámbitos asistenciales, con mayor peso en AP y Urgencias, muy por encima del resto de CCAA. La sigue Murcia con 10 acciones en el ámbito Mixto y C. Valenciana con 8 actividades repartidas entre todos los ámbitos asistenciales, aunque prioritariamente en AP.

En **2018** desciende este tipo de formación a valores menores que en 2016, y únicamente presentan actividades C. Valenciana en la misma tendencia que 2017, Andalucía con 2 acciones en el ámbito Mixto y Castilla y León con 1 acción en el mismo grupo. Por último, Asturias que en 2017 realizó 26 actividades de este tipo, en 2018 sin embargo, no realizó ninguna.

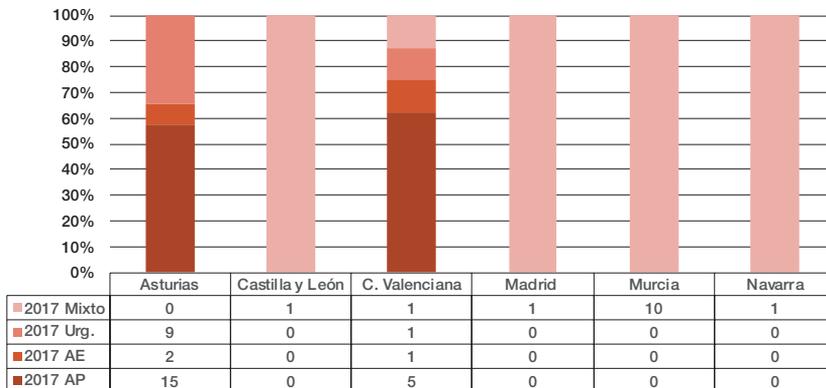
¹² Las CCAA que no han realizado ninguna actividad de formación de formadores/as (tabla 24) han sido suprimidas del gráfico, mostrando únicamente las que sí han realizado acciones de este tipo.

Tabla 24. Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018				
	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Aragón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	15	2	9	0	26	0	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataluña										
C. Valenciana	5	1	1	1	8	5	2	2	1	10
Extremadura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Madrid	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Murcia	0	0	0	10	10	0	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rioja, La	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla										
Total SNS	20	3	10	14	47	5	2	2	4	13
% respecto al total anual	42,6%	6,4%	21,3%	29,8%		38,5%	15,4%	15,4%	30,8%	

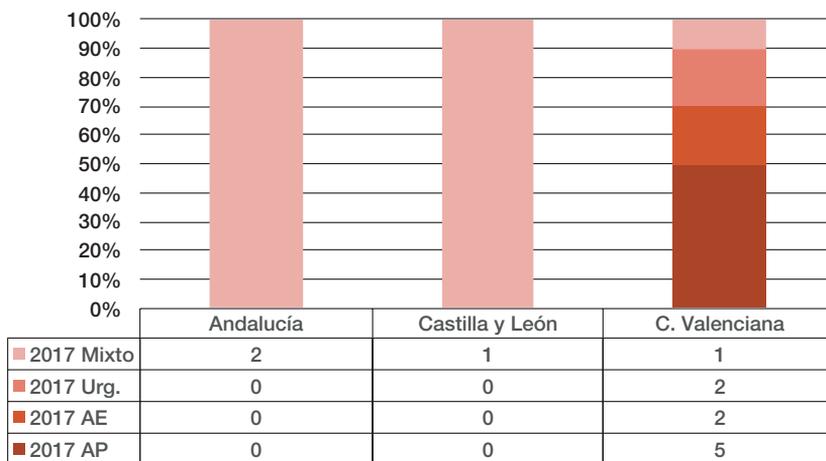
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Gráfico 22a. Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 22b. Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Análisis por horas lectivas y ámbito asistencial

Tabla 25. Número de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018

CCAA	2017					2018				
	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT	AP	AE	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	774	491	635	64	1.964	438	99	560	152	1.249
Aragón	50	50	10	0	110	200	0	0	0	200
Asturias	54	268	135	3	460	53,5	21	11	17	102,5
Baleares	0	0	0	36	36	190	0	10	0	200
Canarias	0	0	0	30	30	0	0	0	48	48
Cantabria	0	0	0	27	27	14	0	0	29	43
Castilla y León	104,5	160	4	8	276,5	106	47	0	31	184
Castilla-La Mancha	4	0	0	36	40	18	0	0	105	123
Cataluña										
C. Valenciana	75	30	10	741	856	200	35	20	478	733
Extremadura	60	2	0	10	72	13	0	9	78	100
Galicia	0	0	0	50	50	0	0	0	64	64
Madrid	284,5	216	55	105	660	175,5	276	60	40	551,5
Murcia	122	36	4	171	333	246	67	0	0	313
Navarra	20	21	0	2	43	20	21	0	2	43
País Vasco	58,5	34	0	178	269,5	21,5	19,5	0	237,5	278,5
Rioja, La	59	11	3	33	105,5	98	5	1	39	143
Ceuta	18	0	0	0	18	5	0	0	0	5
Melilla										
Total SNS	1.683,5	1.318	856	1.493	5.350,5	1.798,5	590,5	671	1.320,5	4.380,5
% respecto al total anual	31,5%	24,6%	16,0%	27,9%		41,1%	13,5%	15,3%	30,1%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

De forma general observamos en los dos años un aumento en cuanto al número de horas respecto a 2016 (3.845,3 horas para el total del SNS), des-puntando 2017 (5.350,5 horas) como viene sucediendo en el análisis durante el informe (tabla 25 y gráficos 23a y 23b) donde de forma general apreciamos una concentración de valores bastante más alta en Andalucía y Comunidad Valenciana y Madrid. Destaca en C. Valenciana para ambos años, las horas lectivas impartidas en acciones para el ámbito Mixto, seguida en este caso, por el País Vasco.

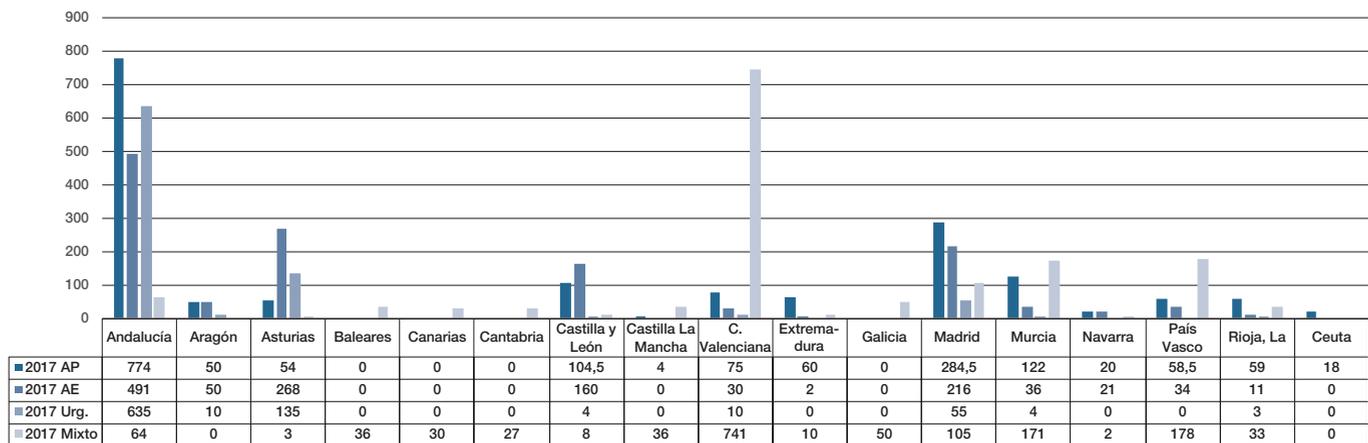
En **2017** es Andalucía la CA que más destaca con 1.964 horas repartidas de forma similar en los 3 principales ámbitos asistenciales con mayor intensidad en AP. La siguen C. Valenciana (856) con una apuesta clara en el grupo Mixto que mantiene en 2018 y Madrid (660) que distribuye la formación entre AP y AE. También Murcia, Castilla y León, País Vasco y Asturias presentan un reparto de horas más numeroso que el resto.

En **2018** destaca nuevamente Andalucía en AP y Urgencias, aunque reduce horas respecto a 2017, seguida de C. Valenciana (AP y Otros) y Madrid (AE y AP) que también reducen. Por el contrario, Aragón, Baleares y Castilla-La Mancha aumentan de forma llamativa el número de horas totales respecto a 2017. En AP sobresale Murcia con 246 horas y duplicando sus datos de 2017.

2018 aumenta ligeramente sus horas de **AP**, reduce prácticamente a la mitad sus horas en **AE (Hospitalaria)** y también merma sus horas lectivas en el ámbito de **Urgencias** y **Mixto**, respecto a **2017**. Observando estos datos y los de tipo de acciones formativas impartidas, se percibe que, aunque las horas lectivas hayan descendido de un año a otro, no lo ha hecho el número de acciones formativas impartidas, que en realidad ha crecido, de forma que en **2018** la diferencia radica básicamente en las acciones de sensibilización. Es decir, **más acciones formativas de menos horas lectivas, en general.**

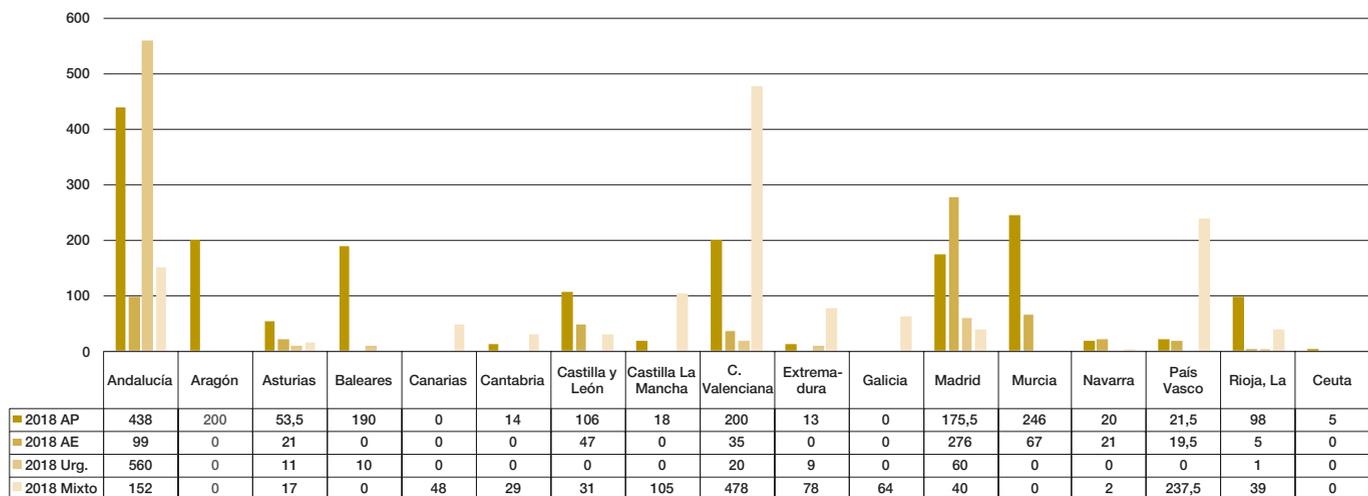
Si comparamos los datos de **2017** y **2018** y hacemos un cálculo somero de la media aritmética que supone el número total de horas dividido por el número total de actividades formativas impartidas en cada ámbito asistencial, se confirma que, aunque **no hay diferencias dispares entre ambos años**, se mantiene la tónica de crecimiento de actividades que requieren proporcionalmente un número menor de horas para su realización, tal y como se manifestaba en la estadística de **2016**. El ámbito que más subida ha registrado en cuanto a la formación de sus profesionales ha sido **Urgencias**, seguido de la formación de tipo conjunta (AP, AE, Urgencias) que aglutina el grupo **Mixto**.

Gráfico 23a. Número de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 23b. Número de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

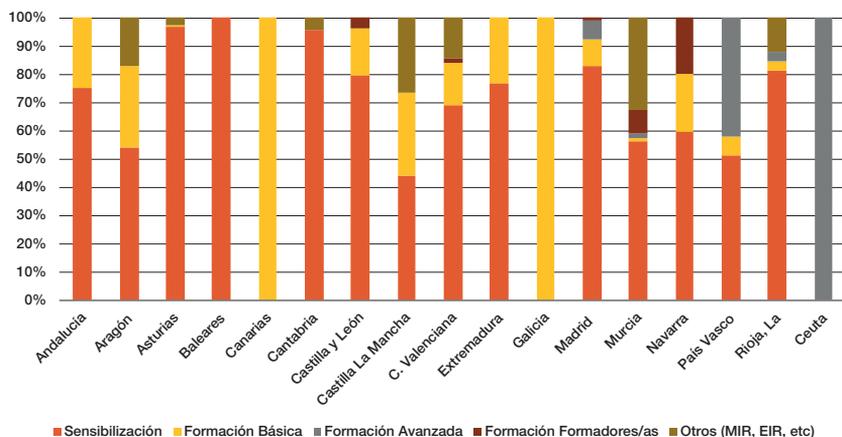
Análisis por personal formado: tipo de actividad y CCAA

Si analizamos la tabla 26, en ambos años la **mayoría del personal formado** ha sido mediante actividades **Sensibilización**, copando un 72% y 73% del total respectivamente. Le sigue **Formación Básica**, aunque con datos muy inferiores con un 12% y 17%, el grupo “**Otros**” con un 9% y 5%, **Formación Avanzada** con un 4% para los dos años y **Formación de Formadores/as** con un testimonial 2% y 1% respectivamente.

CCAA	2017					2018						
	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores/as	Otros (MIR, EIR, etc.)	TOTAL	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores/as	Otros (MIR, EIR, etc.)	TOTAL
Andalucía	1.104	366	0	0	0	1.470	1067	505	0	49	47	1.668
Aragón	271	147	0	0	86	504	630	145	0	0	109	884
Asturias	1.090	2	0	0	31	1.123	907	27	277	0	66	1.277
Baleares	135	0	0	0	0	135	0	379	0	0	0	379
Canarias	0	48	0	0	0	48	23	84	0	0	0	107
Cantabria	400	0	0	0	18	418	95	0	0	0	79	174
Castilla y León	555	115	0	27	0	697	668	249	0	38	36	991
Castilla-La Mancha	33	22	0	0	20	75	462	16	0	0	22	500
Cataluña												
C. Valenciana	1.536	332	0	35	321	2.224	2173	214	138	35	312	2.872
Extremadura	140	42	0	0	0	182	514	37	0	0	0	551
Galicia	0	74	0	0	0	74	62	82	0	0	0	144
Madrid	1.970	230	149	29	0	2.378	1.489	796	0	0	0	2.285
Murcia	999	22	24	151	577	1.773	1933	85	23	21	63	2.125
Navarra	67	23	0	22	0	112	50	23	0	0	0	73
País Vasco	367	49	299	0	0	715	388	58	197	0	0	643
Rioja, La	568	25	20	0	86	699	672	0	39	0	24	735
Ceuta	0	0	55	0	0	55	25	0	0	0	0	25
Melilla												
Total SNS	9.235	1.497	547	264	1.139	12.682	11.158	2.700	674	143	758	15.433
Total SNS en %	73%	12%	4%	2%	9%		72%	17%	4%	1%	5%	

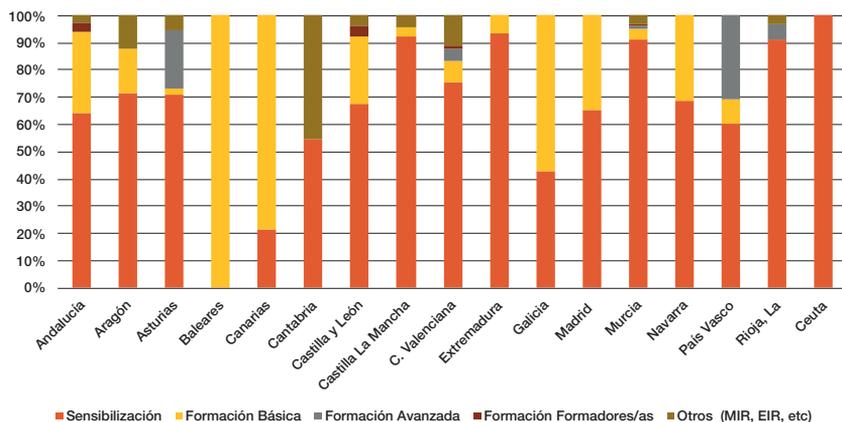
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. No figuran Cataluña y Melilla al no haber podido facilitar sus datos.

Gráfico 24a. Personal formado por tipo de actividad (%) y CCAA. Año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 24b. Personal formado por tipo de actividad (%) y CCAA. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Sensibilización 2017 y 2018

A tenor de los datos reflejados en la tabla 26 y gráficos 24a y 24b para el bienio 2017-18, podemos decir que en **2017 el 73% del personal formado** (9235 profesionales) **ha sido mediante actividades de sensibilización** que acercan al conocimiento de la Violencia de Género como problema de Salud Pública, a los conceptos clave para poder detectar signos y síntomas de sospecha y a

conocer la integralidad de recursos y agentes que intervienen a nivel interinstitucional. La comunidad de Madrid, junto con Asturias, C. Valenciana, Andalucía y Murcia son las que han realizado mayor cantidad de estas acciones con sus profesionales. En **2018** esta modalidad sigue siendo igual de numerosa en cuanto a profesionales que la han recibido, llegando incluso a crecer en casi **1.920** profesionales más, respecto al año anterior (**11.158** en total para 2018, un 72%).

Formación Básica 2017 y 2018

Ha registrado **1.497** (12%) y **2.700** (17%) profesionales que ha recibido esta formación en **2017** y **2018** respectivamente. En 2017 destacan Andalucía (366 profesionales) seguida de C. Valenciana (332), Madrid (230), Aragón (147) y Castilla y León (115). En el año 2018 con la comunidad de Baleares a la cabeza (379), seguida de Castilla y León (249) y C. Valenciana (214) destacando Andalucía con 505 profesionales de servicios sanitarios que han recibido esta formación.

Formación Avanzada 2017 y 2018:

No hay mucha incidencia estadística en esta categoría (4%), pero no queremos dejar de señalar el liderazgo que viene ejerciendo el País Vasco con su esfuerzo para impartir esta formación, destacando de nuevo en estos dos años con un total de 299 profesionales que la han recibido en 2017 y 197 en 2018, seguido por Madrid en 2017 con 149 profesionales y Asturias en 2018 con 277.

Formación de Formadores/as 2017 y 2018:

Muy escasa en proporción al resto de modalidades (2% y 1% respectivamente). En 2017 se han formado en el conjunto del SNS **264** profesionales, siendo 150 en la comunidad de Murcia. Para 2018 del total de 143 profesionales que han participado en esta modalidad, destaca Castilla y León con 38 y C. Valenciana con 35 profesionales respectivamente.

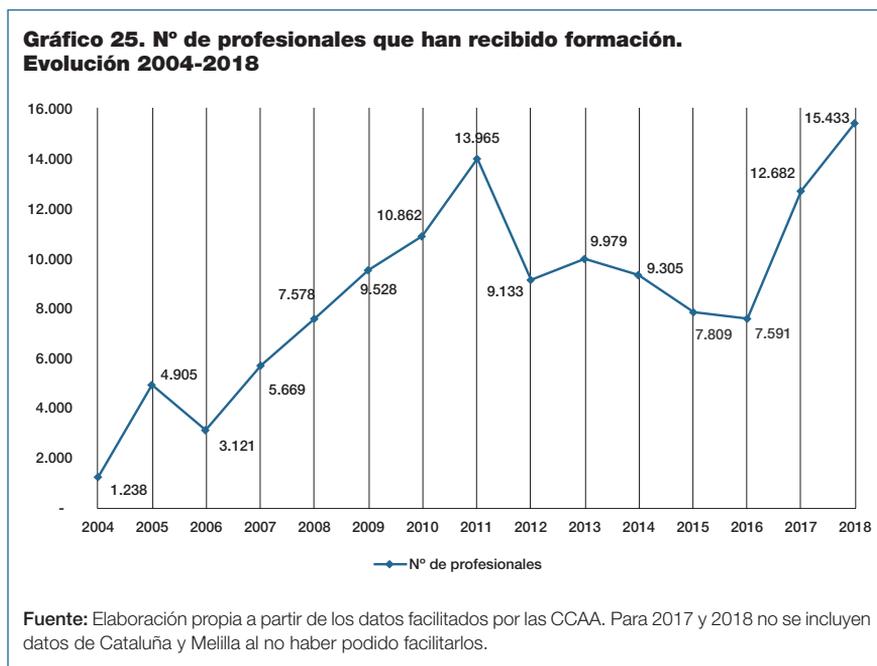
En esta modalidad es relevante tanto como el número de profesionales que la reciben, el hecho de que sea de elección en aquellos ámbitos o territorios donde las personas formadas puedan ser luego referentes y llevar su conocimiento al resto del área o zona sanitaria en la que trabajan, o bien que se refuerce este tipo formación en territorios muy extensos o cuando se quiera implantar un programa de acción con una mayor escalada (ejemplo: cribado en la detección de casos VG).

Otros 2017 y 2018:

El total de personas formadas en esta categoría ha sido **1139** (9%) para **2017**, destacando Murcia con 577 y C. Valenciana con 321. Para **2018** se han registrado **758** (5%) personas formadas, volviendo a destacar C. Valenciana con 312 personas seguida de Aragón con 109.

1.2.3 Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Periodo 2008-2018

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han formado en el **año 2017** en materia de violencia de género un total¹³ de **12.682 profesionales** y en el **año 2018** un total de **15.433**, la mayor cifra de cobertura desde que se recogen datos, tal y como refleja el gráfico 25.



El año 2016 se convierte en un punto de inflexión dando paso a un periodo de recuperación transcurrido durante el bienio 2017 y 2018 que rompe con la tendencia decreciente desde 2011 en el número de profesionales de servicios sanitarios que estaban recibiendo formación en materia de prevención, de-

¹³Tenemos que advertir que existe un sesgo importante respecto a los totales mostrados en este gráfico nº25, y que explicaremos con detalle más adelante con las tablas nº27, 28 y 29, así como el gráfico 26. Las variaciones son debidas a factores como: datos aglutinados, datos no desagregados por sexo/ámbito profesional/tipo de formación, periodos de cribado de las CCAA en que se recopilan los datos de manera diferente, etc...

tección precoz y seguimiento de casos de violencia de género en el conjunto del SNS, más marcado el descenso desde 2014 llegando a niveles de 2008 en los datos de los 2 últimos años previos a este Informe.

Antes de continuar con la exposición y análisis de los datos ofrecidos por las CCAA es necesario **aclarar los posibles sesgos en la observación de este crecimiento del número de profesionales que han recibido formación entre los años 2016-2018**. Nos encontramos con un crecimiento de más de 5.000 personas de 2016 a 2017, cuando la media regular de incremento ha sido aproximadamente de 2.000 profesionales por año (salvando las situaciones de crisis). Explicamos a continuación el origen de estas desviaciones en el incremento a fin de ajustar y normalizar el curso del estudio y reducir los errores en la interpretación de los datos.

Si se examina la tabla 27 encontramos diferencias de crecimiento abrupto entre 2016, 2017 y 2018 en las siguientes CCAA: Baleares, Castilla-La Mancha, C. Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja. A continuación, analizamos los incrementos en cada una de ellas, entre las que se encuentran muchas que, en los últimos 4 años de la serie, han implementado programas de cribado de violencia de género, para lo cual, la formación de sus profesionales, toes un aspecto fundamental para su implantación.

Tabla 27. N° de profesionales que han recibido formación en VG en los años 2016, 2017 y 2018 para las CCAA que han presentado un incremento abrupto

	Baleares	Castilla-La Mancha	Comunidad Valenciana	Extremadura	Madrid	Murcia	La Rioja
2016	86	34	ND	44	1.872	111	170
2017	135	75	2.224	182	2.378	1.773	669
2018	379	500	2.872	551	2.285	2.125	735

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. ND: No aportó datos en 2016.

- **Baleares:** Casi triplica su incremento del 2017 al 2018.
- **Castilla-La Mancha:** En 2018 multiplica en más de 6 puntos los datos de 2017.
- **C. Valenciana:** En 2016 confluyen dos circunstancias: por un lado, se encontraba en proceso de cribado incluyendo la formación dentro de dicha estrategia; pero por otro, no pudo aportar en ese momento los datos sobre el número de profesionales formados/as para el último Informe Anual editado anterior a éste. Por tanto, los datos de 2016 en el caso de esta CA, los facilitaron incorporados en los formularios referidos a las actividades de 2017 y 2018, aglutinando la formación de los tres últimos años.

- **Extremadura:** Presenta un cambio en el 2017 y dobla sus datos en el 2018, precisamente cuando se encontraba en período de pilotaje de la buena práctica del SNS para cribado de violencia de género (VG) aunque centrada en determinadas áreas sanitarias. Puede también darse la circunstancia de no haber desagregado los datos anualmente tal y como ocurre a otras CCAA en periodo entre dos años con la implementación del cribado.
- **Madrid:** Reporta un incremento de casi 500 personas del año 2016 al 2017, aunque en este caso la explicación no es por implantación de programas de cribado VG.
- **Murcia:** Refleja un aumento significativo de datos de 2016 a 2017 por encontrarse en proceso de implementación de programa de cribado de VG para toda la CA.
- **La Rioja:** Presenta un escenario similar a Extremadura y Murcia. La Rioja comenzó el pilotaje de la buena práctica de cribado VG como Extremadura, pero en La Rioja se realizó para toda la CA.

Si calculamos las diferencias en valores absolutos, referidos a N° de profesionales que se han formado entre los bienios “2016-2017” y “2017-2018” para cada CA que ha presentado altos incrementos (tabla 28), obtenemos que entre todas la CCAA suman un total de **7.130 profesionales más**, 2.376 personas de media al año, cifra que se acerca al incremento regular anual aumentado por los procesos de cribado. Esta interpretación explica de manera lógica los sesgos de crecimiento que hemos ido viendo a lo largo del Informe, en general para 2017 y 2018 si se compara con tendencia de incrementos habituales del n° de profesionales que reciben formación anualmente, tal como se observa en el gráfico 25.

Tabla 28. Diferencias entre los años 2016 y 2017; 2017 y 2018, en cuanto al n° de profesionales que han recibido formación en VG para las CCAA que han presentado un incremento abrupto

	Baleares	Castilla La Mancha	Comunidad Valenciana	Extremadura	Madrid	Murcia	La Rioja	Total
2016-2017	49	41	2.224	138	506	1.662	499	5.119
2017-2018	244	425	648	369	-93	352	66	2.011
Suma total de la diferencia								7.130

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Como puede apreciarse con detalle en la tabla 29 y el gráfico 26, **la C. Valenciana, Extremadura, Murcia y La Rioja** han puesto en marcha o mantenido periodos de cribado en los tres últimos años, lo que ha hecho que sus datos despiquen de forma notable respecto al resto de años y CCAA. Además, al haber acumulado datos de 2016 en los formularios de 2017 y 2018, hace que se engrosen los totales de forma abrupta, cuando en realidad el incremento real de la formación ha sido más paulatino desde 2016 a 2018, no sólo en el bienio al que corresponde este Informe.

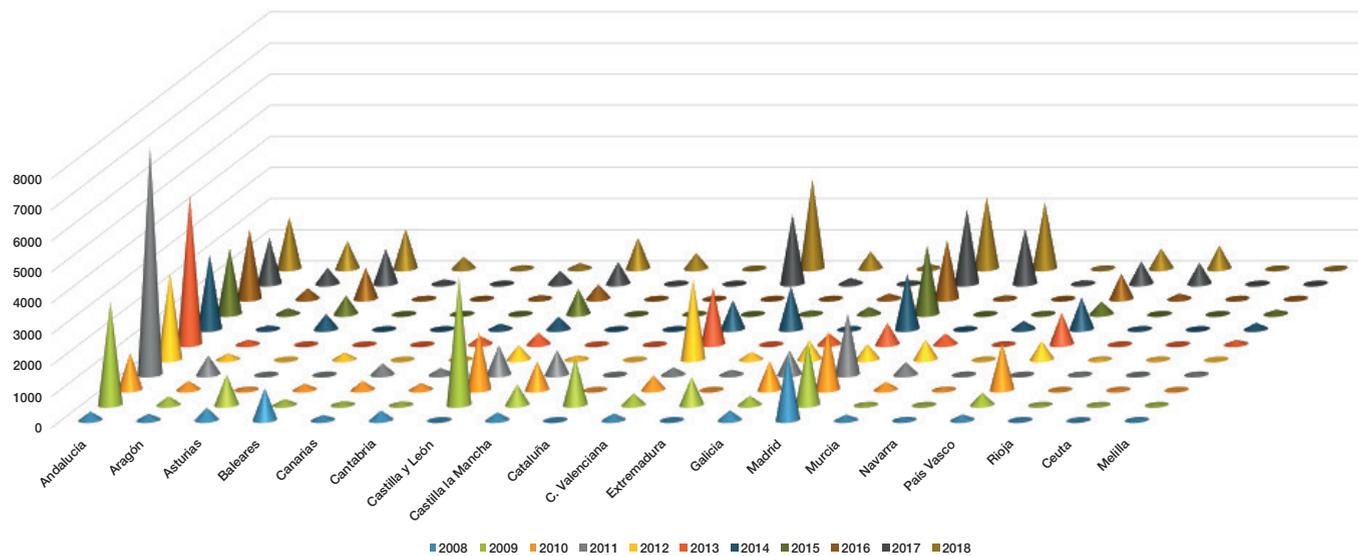
El salto de **7.591** personas formadas en **2016** a las **12.682** (casi el doble) del 2017, se explica mirando las diferencias señaladas en la tabla 28 entre los tres últimos años. La Comunidad Autónoma más significativa ha sido la C. Valenciana, referente por su sello de Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud para el cribado de violencia de género. Al no haber podido facilitar los datos de 2016 y facilitarlos incluidos para 2017 y 2018, en realidad confirma el abrupto crecimiento con casi 3.000 profesionales (2.872) que se suman al dato real de 2018 en su CA, por lo que el total del SNS pasa a ser de **15.433 profesionales** en 2018.

Tabla 29. N° de profesionales con formación desagregado por CCAA. Evolución 2008-2018

AÑO	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	Pais Vasco	La Rioja	Ceuta	Melilla
2008	278	204	396	1.030	167	306	0	250	0	214	20	319	2.127	175	104	181	36	0	62
2009	3.322	277	975	192	119	112	4.100	659	1.508	368	899	292	2.019	85	50	397	67	57	57
2010	1.186	289	84	199	287	213	1.867	913	0	461	0	920	1.896	260	86	1.498	15	38	2
2011	7.299	612	0	0	358	213	941	789	0	226	160	771	1.974	402	44	0	80	15	81
2012	2.788	192	ND	224	0	62	464	128	ND	2.587	242	609	494	641	28	589	59	24	2
2013	4.772	148	ND	ND	0	269	370	ND	ND	1.813	ND	342	682	353	47	1.016	23	ND	144
2014	2.394	114	489	ND	0	178	398	ND	ND	925	1.369	100	1.780	ND	264	1.015	76	ND	203
2015	2.108	187	593	ND	0	39	802	ND	ND	ND	120	227	2.210	ND	85	399	19	ND	138
2016	2.223	342	1.000	86	33	121	469	34	ND	ND	44	172	1.872	111	ND	806	170	78	74
2017	1.470	504	1.123	135	48	418	697	75	ND	2.224	182	74	2.378	1.773	112	715	669	55	0
2018	1.668	884	1.277	379	107	174	991	500	ND	2.872	551	144	2.285	2.125	73	643	735	25	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA. ND: No hay datos.

Gráfico 26. Nº de profesionales con formación por CCAA. Evolución 2008-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

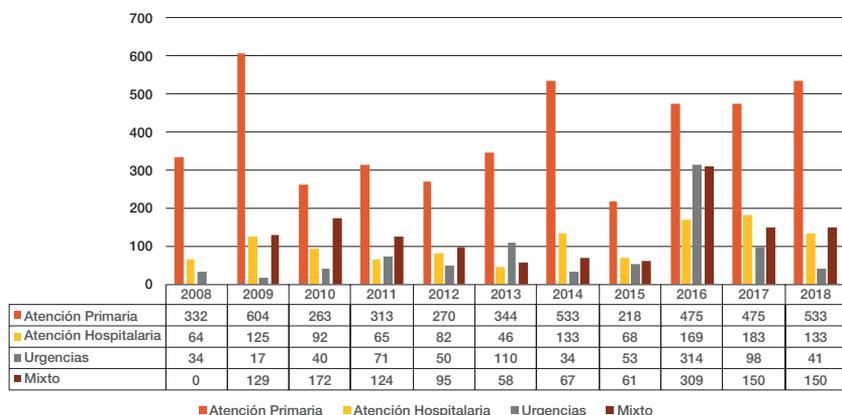
Con relación a la **evolución desde 2008 a 2018** en el SNS respecto a las **acciones formativas** por ÁMBITO ASISTENCIAL observamos lo siguiente, reflejado en la tabla 30 y el gráfico 27.

Tabla 30. N° de actividades formativas VG por ámbito asistencial. Evolución 2008-2018

	Atención Primaria	Atención Hospitalaria	Urgencias	Mixto	Total actividades
2008	332	64	34	0	430
2009	604	125	17	129	875
2010	263	92	40	172	567
2011	313	65	71	124	573
2012	270	82	50	95	497
2013	344	46	110	58	558
2014	533	133	34	67	767
2015	218	68	53	61	400
2016	475	169	314	309	1.267
2017	475	183	98	150	906
2018	533	133	41	150	857
Total por ámbito asistencial	4.360	1.172	862	1.315	7.709
% respecto al total	57%	15%	11%	17%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Gráfico 27. N° de actividades por ámbito asistencial. Evolución 2008-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Atencion Primaria: Presenta un comportamiento bastante estable a lo largo de la década Como ya se ha visto a lo largo del Informe, **el objetivo y esfuerzo formativo de AP para promover la detección precoz y prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios es claro** en comparación con el resto de ámbitos asistenciales. Supone el **57% del total de las actividades formativas a lo largo los últimos 10 años** con ligeros repuntes en 2009, 2014 y 2018.

Atencion Hospitalaria: Engloba el 15% de las actividades formativas realizadas en los últimos 10 años. Refleja **mayores fluctuaciones** de aumento y bajada de forma intercalada aunque el último trienio se mantiene estable. El año que más actividades formativas se realizaron a personal de Atención Hospitalaria fue en 2017.

Urgencias: Este ámbito asistencial supone únicamente el **11% de las actividades formativas de forma global para el SNS en la década analizada**. 2016 es el año que mayor esfuerzo se ha realizado para formar al conjunto de profesionales de Urgencias con 314 actividades. Presenta un comportamiento bastante inestable en su evolución y habría que analizar el porqué.

Mixto: Este grupo, referido a las acciones formativas que se imparten aglutinando como alumnado a profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, hospitalaria y urgencias), se sitúa en segundo lugar con una media del **17% de las actividades realizadas** en los últimos 10 años estudiados. También es 2016 cuando se constata una subida significativa respecto a años anteriores, **reflejando claramente en la evolución de datos de los últimos 10 años, el impacto de los periodos de crisis económica:** sube exponencialmente de 2009 a 2010, pero comienza a bajar paulatinamente hasta 2015 y se produce el aumento más significativo en 2016.

Respecto a la evolución de las **HORAS LECTIVAS**, como rasgos generales de la estadística para el gráfico 28 podemos comentar que en los años 2017 y 2018 parece que **tiende a estabilizarse la progresiva subida que se venía apuntando desde 2015**, fundamentalmente en el ámbito de la **Atención Primaria**. En el ámbito de AP han sido impartidas el **46% del total de horas lectivas** en la década de estudio evolutivo, que venía marcada por una clara tendencia de caída hasta 2013, debido al aumento de actividades de sensibilización en el ámbito de AP (menos de 10h/actividad) con disminución de las acciones de formación básica (más de 10h/actividad). Las actividades de sensibilización facilitan en un primer momento que más profesionales de la salud conozcan las características de este grave problema de salud pública y cómo puede quedar enmascarado bajo el malestar o sintomatología inespecífica que muchas mujeres manifiestan en la consulta en AP. Pero es necesario posteriormente continuar con una formación básica que capacite a dichos profesionales a detectar claramente signos y síntomas de sospecha en la entrevista clínica y a un seguimiento y acompañamiento de la mujer en

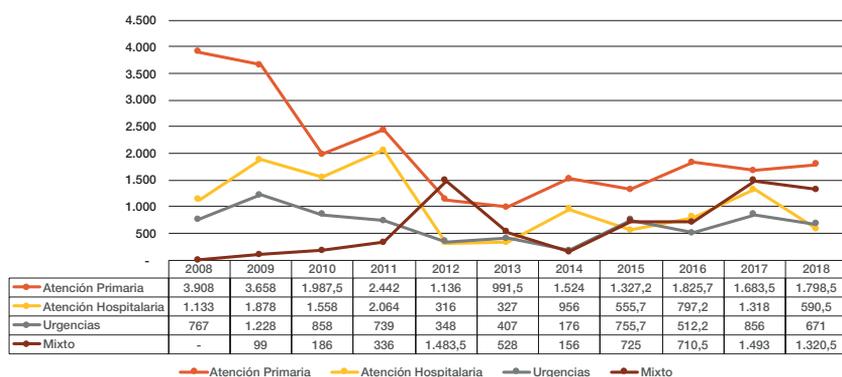
la salida de dicha situación para ir recuperando su salud, así como en el caso de sus hijas e hijos si conviven con ella.

No obstante, el número de horas impartidas en **Atención Hospitalaria** no sigue el mismo patrón y desciende de forma significativa en 2018 para situarse a niveles semejantes a los de 2015. Este ámbito engloba el **24%** del total de las horas lectivas impartidas en toda la evolución.

En **Urgencias** parece mantenerse de forma tímida la recuperación vivida en 2015 después de los años de caída, y supone un **15%** del total de las horas impartidas.

Respecto a las horas lectivas impartidas en el ámbito **Mixto** de formación conjunta (AP, Hospitalaria y Urgencias) se mantiene consolidado el crecimiento de horas lectivas desde **2014**, pasando de 156 horas entonces, a **1.320,5** horas lectivas en **2018** para este ámbito, y suponiendo, al igual que en Urgencias, un **15%** del total de horas lectivas de la formación en materia de violencia de género en los últimos 10 años analizados.

Gráfico 28. N° de horas lectivas impartidas por ámbito asistencial. Formación VG. Evolución 2008-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Conclusiones

- El **número absoluto de profesionales de servicios sanitarios que se forma cada año** ha tenido un considerable repunte en estos dos últimos años¹⁴, superando las cotas más elevadas de años anteriores, claramente influenciado por la necesidad de formar más profesionales que conlleva la implantación de intervenciones o programas de cribado para la prevención y detección precoz de la violencia de género desde los servicios sanitarios.
- También se constata la el esfuerzo de los servicios de salud autonómicos por mantener la **formación en esta materia en el ámbito de atención primaria, como ámbito asistencial de mayor cobertura de profesionales** que han pasado por este tipo de formación según muestra la evolución de la serie estadística disponible, **frente a Atención Hospitalaria** que muestra tendencia a la baja en número de actividades tanto en 2017 como en 2018.
- Por tipo de actividad formativa, **se observa un crecimiento de las actividades de sensibilización en los últimos años de la serie**, lo que se traduce en un alejamiento del objetivo de conseguir una formación más especializada, profunda y específica en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género o del seguimiento en salud de las mujeres que la sufren, sus hijas e hijos. Después de casi una década de recorrido, puede que sea un momento propicio para avanzar en este sentido.
- No obstante, en **Atención Hospitalaria** se presenta un **aumento en el número de horas lectivas** desde 2016, lo que indica que aunque se realicen menos acciones formativas en nº absoluto, se está optando por formación básica para este ámbito, que supone **mayor nº de horas/actividad**.

En cualquier caso, que aumenten los procesos de sensibilización para poder llegar a más profesionales es un acercamiento al problema que debe permanecer, pues la formación en esta materia no debe decaer en el ámbito sanitario, es necesario recordar reiteradamente a las y los profesionales sanitarios su importante labor, sobre todo en Atención Primaria para la detección precoz del problema.
- Las actividades formativas de **formación de formadores/as** presenta un aumento considerable en 2017, aunque vuelve a caer en 2018 por debajo del dato aportado en 2016. Este tipo de formación es clave para

¹⁴Tenemos siempre en cuenta los sesgos explicados en la tabla del gráfico 19, debidos a las diferencias de crecimiento abruptas entre años en las CCAA

retroalimentar la sostenibilidad del aprendizaje en el SNS en materia de violencia de género. Es por tanto acuciante activar esta modalidad y alcanzar mejores cotas.

- **La formación avanzada** presenta un ligero incremento, pero todavía es escaso. Este tipo de formación es necesaria para poder desarrollar las destrezas y habilidades específicas que permitan una atención de calidad a las mujeres. Es fundamental la **formación avanzada** para el manejo específico en la detección de signos y síntomas de sospecha, para mejorar destrezas en la entrevista clínica, o en el manejo de herramientas para construir los diagramas biográficos y de redes de apoyo familiar y comunitario de las mujeres, etc. El conjunto de profesionales debe mejorar sus competencias y capacidades para abordar mejor este problema en la práctica asistencial allá donde desarrollen su labor: consulta de pediatría, medicina de familia y comunitaria, enfermería, equipos de salud mental, urgencias (tanto en AP como en AE), trabajo social, atención al parto, servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, traumatología, medicina forense, etc.
- **La formación básica** (más de 10h lectivas), crece en general para todos los ámbitos, sobre todo en Atención Primaria, aunque debería tener un peso ponderado más importante en la formación general ya que es más especializada y profunda que la sensibilización.
- **La modalidad de formación de profesionales** de varios ámbitos y perfiles en una misma **actividad conjunta** (“Mixto”) tiene como gran valor dotar de la perspectiva multiprofesional e integral de la atención socio-sanitaria y coordinada que requiere la atención a la violencia de género, pero no se puede olvidar que la positividad de este valor debe analizarse sobre en qué momento y qué tipo de acción formativa (sensibilización, formación avanzada) debe hacerse para que sea más fructífera y eficaz.
- La formación en materia de prevención y detección precoz en violencia de género en **Medicina y Enfermería Interna Residente (MIR y EIR)** está empezando a suponer un punto que avanza en las acciones formativas desarrolladas ya desde algunas comunidades. Conviene también que esa formación vaya caminando hacia formatos multidisciplinares y de equipo, de forma que este alumnado entienda que la violencia de género es un problema de salud pública que debe ser estudiado y afrontado desde diversas perspectivas y perfiles para dar un apoyo integral y ofrecer una ayuda adecuada (Medicina, Pediatría, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, etc.). Quizás todavía haya que ir a esta intervención en los propios programas curriculares de troncalidad.
- Debe tenerse en cuenta la doble vertiente en materia formativa respecto a la **formación específica que requiere en el abordaje del problema**

dese cada ámbito asistencial (AP, Hospitalaria, Urgencias) y también respecto a la **mayor participación de los diversos perfiles presentes en la formación para cada ámbito asistencial**, tanto en el alumnado como en el profesorado que interviene en estos procesos formativos.

- Medicina y enfermería siguen siendo las **profesiones más presentes en general en las acciones formativas en esta materia**. En general todos los perfiles presentan un aumento de nº de profesionales que han participado en esta formación, **exceptuando matronas y pediatría**.
- Sigue siendo una gran fortaleza de esta formación que los **equipos docentes** estén formados por profesionales de los **propios servicios sanitarios de cada CA** (85% en 2017 y 80% en 2018).
- Por otra parte, sería deseable **reducir la brecha en formación** de violencia de género entre profesionales hombres y mujeres, e interpelar a los hombres profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) para que participen en estas actividades formativas, no sólo como personal docente, sino como alumnado, ya que unas y otros en su ámbito asistencial se tendrán que preparar para mejorar el abordaje desde su consulta o servicio respecto a la prevención, detección precoz y atención y seguimiento de los casos de mujeres maltratadas que llegan a su consulta o servicio.
- Hace falta desarrollar nuevas o mejores **herramientas de evaluación** de esta información (formularios, proceso ordenado en la recogida de datos en cada centro, etc.) que ayuden a conocer no sólo cuantas actividades se realizaron, o de qué tipo, sino que faciliten conocer y entender la evolución efectiva de profesionales con formación que pasen por cada una de estas fases de aprendizaje (sensibilización, formación básica, formación avanzada) pues una misma persona ha podido pasar por sensibilización en un año, y al año siguiente hacer el curso de formación básica. Añadimos la necesidad cada vez más acuciante de obtener datos más precisos, con sistemas de recogida más ordenados y normalizados, y en cumplimiento del artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, **desagregados por sexo**, en este caso, respecto a alumnado y profesorado y en cuanto a su perfil profesional, que ayudarán a una toma de decisiones más eficaz y eficiente en cuanto a objetivos y acciones a desarrollar en este tipo de formación.
- Es necesario reflexionar sobre **itinerarios formativos** que ofrezcan un aprendizaje continuo y progresivo a cada profesional en este recorrido, desde sensibilización a formación básica o avanzada, en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género desde el ámbito sanitario.

Recomendaciones y retos de futuro

El correspondiente Grupo Técnico de Formación dependiente de esta Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS, en virtud de los datos obtenidos en 2017 y 2018 y de las tendencias observadas, mantiene en este apartado las recomendaciones del año anterior:

- Inclusión de la **formación continuada en esta materia de prevención y detección precoz de la violencia de género** como una **prioridad en las Estrategias y Planes de Salud Estatal y Autonómicos, asimismo en los Planes de formación** y en los **Planes anuales de gestión o Contratos programa** de las gerencias tanto en Atención Primaria como Hospitalaria.
- La formación específica en materia de violencia de género **incluirá una parte de horas lectivas para manejo de los programas incorporados en la historia clínica** que tienen incluido el protocolo correspondiente de actuación sanitaria ante la detección de un caso de violencia de género o sospecha del mismo. Se incluirá **también** formación sobre la **cumplimentación adecuada del parte de lesiones** que emane de dicho proceso.
- Se recomienda la existencia de una **figura de referencia** (persona, equipo) en materia de actuaciones sanitarias frente a la violencia de género en las diferentes áreas, sanitarias, que sirva de apoyo y ayuda a los y las profesionales en el área sanitaria de referencia.
- Se recomienda la creación de **Comisiones de Coordinación** para el seguimiento de casos de VG en las áreas o Centros donde no se hayan creado todavía.
- **Incluir como tema de importancia dentro de la formación básica, la valoración del riesgo en consulta** ante la detección precoz de casos de violencia de género y sobre las medidas a seguir, tal como se indica en el Protocolo Común sanitario del SNS (búsqueda activa de casos, cribado).
- Mantener las acciones de sensibilización, pero **apostar de manera contundente por actividades de formación básica o avanzada** que permitan capacitar a los equipos de profesionales en el abordaje integral de la violencia de género desde la perspectiva de salud, profundizando en los contenidos necesarios.
- Avanzar en la **formación de profesionales de Atención Primaria** para mejorar la detección y el abordaje de los casos detectados, facilitando la accesibilidad a la misma, para lo que es necesario aumentar la formación básica o avanzada.
- Impulsar la **sensibilización y formación específica** en materia de detección y abordaje de la violencia de género los perfiles **profesionales del**

ámbito hospitalarios como pediatría, psiquiatría, matronas, ginecología y obstetricia y traumatología y urgencias hospitalarias.

- Impulsar la **incorporación de la formación en violencia de género** dentro de los **contenidos curriculares** de todas las profesiones sanitarias dentro de **formación especializada** (MIR, PIR, EIR) de especialidades clínicas, con especial énfasis en medicina y enfermería, de familia, de pediatría, de psiquiatría; psicología, ginecología y obstetricia, matronas y traumatología. A tal efecto se propone tratar el tema con la Dirección General de Ordenación Profesional, para que se facilite la incorporación efectiva de dichos contenidos y hacer un seguimiento específico.
- **Apoyar institucionalmente la replicación de buenas prácticas en formación de profesionales** en materia de lucha contra la violencia de género, en sus diferentes modalidades presencial, online y semipresencial, así como de cribado para la prevención y detección precoz de estos casos en atención primaria.
- Se considera necesario **impulsar la evaluación de la transferencia de la formación a la práctica clínica y del impacto de la misma en las mujeres que sufren la violencia de género** y en las instituciones sanitarias.
- Mejorar la **recogida de los datos** en materia de formación por parte de las CCAA, poniendo especial atención en la desagregación de los mismos por sexo, ámbito asistencial y tipo de actividad realizada.
- Se propone la realización de un **estudio multicéntrico** sobre impacto de la formación en la mejora de la detección y atención sanitaria de casos de violencia de género, **liderado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS** y basado en un protocolo común del estudio a desarrollar, con la participación de los servicios de salud autonómicos y correspondientes Consejerías de Salud que estén interesadas, para ofrecer posteriormente los resultados y conclusiones al conjunto del SNS y tomar decisiones basadas en la evidencia mostrada.

Tal como se recogía en el Informe editado con anterioridad a éste, todas estas recomendaciones pueden ser valoradas sobre su grado de implementación en el plazo de 2 años, aunque a través de los **Grupos de Evaluación de Actuaciones y de Formación de profesionales de esta Comisión**, se irán aportando datos anuales como hasta ahora, como indicadores de procedimiento que faciliten el seguimiento a corto plazo respecto a su puesta en marcha.

2 Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Años 2018 y 2019

Durante el período 2017 a 2019 la Comisión contra la VG del CISNS se ha reunido en Pleno en 3 ocasiones para el seguimiento de los trabajos realizados por sus grupos técnicos de apoyo:

- 28 de noviembre de 2017
- 11 de junio de 2018
- 30 de septiembre de 2019

La actividad de los Grupos Técnicos que apoyan a esta Comisión formados por personal técnico de todas las CCAA junto con personas expertas (escuelas de salud, universidades, asociaciones y ONG's de implantación en el conjunto del Estado), han continuado durante este período 2017-2019 centrados en las siguientes acciones:

- **Grupo Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género.** Ha seguido trabajando en la recogida anual de los Indicadores Comunes Epidemiológicos del SNS referidos a nº de casos de violencia de género detectados y registrados desde los servicios sanitarios, en concreto en este Informe los detectados entre enero de 2017 y diciembre de 2018, diferenciando la información para cada año natural (2017 y 2018) que constituye la información ofrecida en el primer apartado de este Informe Anual. Es preciso recordar que en estos informes, los datos se recogen siempre a año vencido.
- **Grupo Formación de Profesionales en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género desde los servicios sanitarios.** Ha seguido trabajando en la recogida anual de los Indicadores Comunes del SNS referidos a los procesos formativos realizados en los servicios

de salud autonómicos para el mismo período de tiempo, es decir, años naturales 2017 y 2018.

- **Grupo de Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria y Grupo de Aspectos Éticos y Legales.** Estos dos grupos trabajan siempre juntos para la elaboración de cualquier Protocolo Sanitario, y durante 2017 cerraron el documento correspondiente al Anexo sobre Trata de Seres Humanos con fines de Explotación Sexual, que completa los contenidos del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia de Género en el SNS (2012). Dicho documento fue elevado a la Comisión contra la VG del Consejo Interterritorial del SNS en noviembre de 2017. En abril de 2018, fue aprobado definitivamente por el Consejo Interterritorial del SNS y se procedió a su difusión a través de la web del Ministerio.

Queda pendiente de realización en este momento, la propuesta que se hizo acerca de la elaboración de un folleto (podría ser díptico-tríptico) que resuma el contenido de dicho Anexo, para que sea más manejable para las y los profesionales sanitarios, tal como se hizo con el Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina.

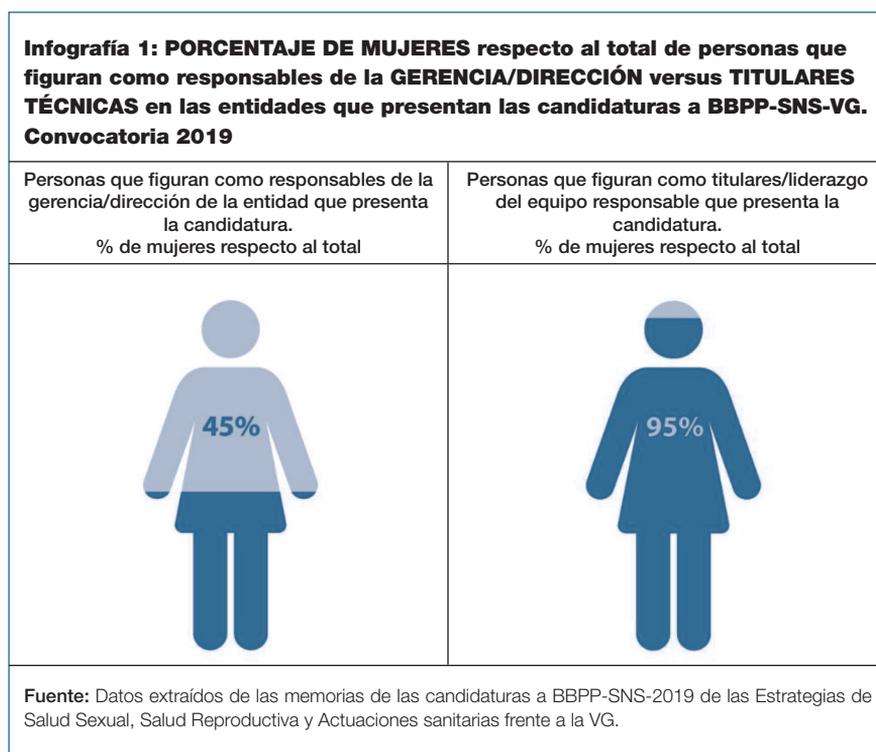
- **Grupo de Evaluación de Actuaciones y Buenas Prácticas.** Durante **2018**, este grupo que evaluó las candidaturas de la Convocatoria de Buenas Prácticas (BBPP) del SNS de 2017, participó en la preparación de la Jornada de entrega de Diplomas a las que consiguieron la calificación y sello de Buena Práctica SNS en dicha convocatoria. La Jornada se celebró el 25 de octubre de 2018.

En **2019**, este grupo técnico de la Comisión, ha centrado su labor en la Convocatoria de BBPP-SNS-2019, cuyo proceso y resultados se describe a continuación.

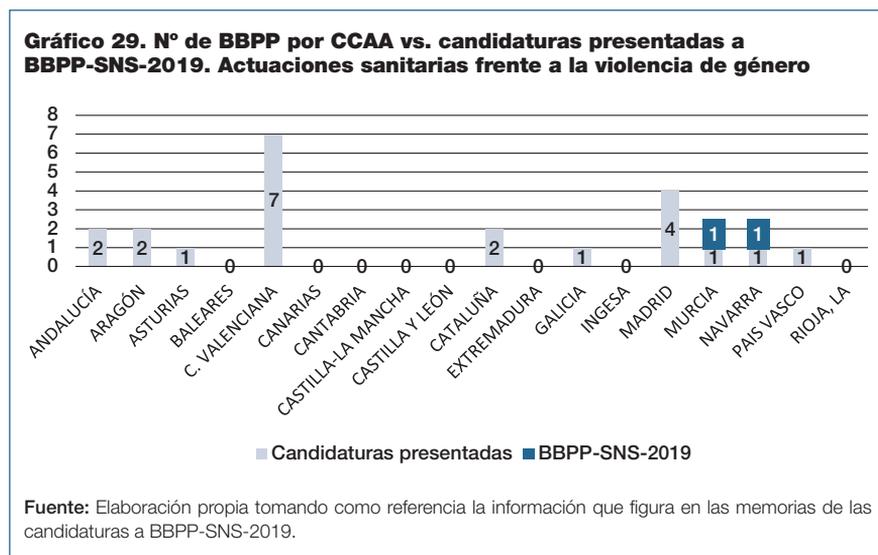
2.1 Convocatoria de buenas prácticas en el sns. 2019

Cabe destacar que al haberse convocado en 2019 la recogida de candidaturas a buena práctica tanto en la Estrategia de Salud Sexual y Salud Reproductiva del SNS, como en Actuaciones Sanitarias frente a la VG en el SNS, ha permitido valorar las candidaturas que promueven una educación sexual integral desde este Grupo evaluador y desde el Grupo evaluador de la Estrategia de Salud Sexual, lo que promueve la colaboración entre ambas Estrategias del SNS y la posibilidad de mayor difusión posterior cuando las BBPP consiguen el sello del SNS.

En el análisis de la Convocatoria que a continuación se ofrece, se ha recogido como novedad respecto a otros años, un indicador más que pretende iniciar el análisis de posibles brechas de género que se pudieran dar en este tipo de convocatoria, a pesar de ser el sanitario un sector feminizado en la composición de sus plantillas, sobre todo en determinados perfiles. Este indicador se basa en recoger la variable sexo, referida a las personas que aparecen como **titulares de la entidad responsable que presentó la candidatura a buena práctica y también** en el caso de la persona que figura como **responsable a nivel técnico de la candidatura presentada**, obteniendo como resultado en todas las Estrategias convocadas –Salud Sexual, Salud Reproductiva, Actuaciones Sanitarias frente a la Violencia de Género en el SNS– los indicativos de la segregación vertical y el techo de cristal como elementos estructurales que dificulta el acceso de las mujeres a puestos de toma de decisiones en la organización, siendo en este caso, un 45% del total, la presencia de mujeres como responsables de gerencia/dirección, tal como se refleja en la infografía 1. Este dato se entiende mejor al contrastarlo con el porcentaje de mujeres que figuran como responsables técnicas de los equipos que presentan las candidaturas, un 95%, lo que incide como en otros sectores laborales en cuestiones como la valoración social, remuneración laboral y carrera profesional.



Para el proceso de evaluación de candidaturas, el **Grupo de Evaluación de Actuaciones y Buenas Prácticas**, constituido por 15 mujeres y 2 hombres, evaluó un total de **22 candidaturas** recibidas y **procedentes de 10 CCAA** (gráfico29). Una vez finalizado el proceso de evaluación, sólo **2 candidaturas han conseguido la calificación de BBPP**, lo que supone el 8,33% del total de BBPP de la Convocatoria 2019 (referido a las 3 Estrategias convocadas).



En la tabla 31 puede verse con detalle las 2 BBPP propuestas para el sello definitivo del CISNS.

Tabla 31. Listado de buenas prácticas –SNS-VG–2019. Actuaciones Sanitarias frente a la violencia de género

CÓDIGO	CCAA	ENTIDAD RESPONSABLE	NOMBRE DE LA BBPP	LÍNEA(S) DE ACTUACIÓN
D20	MURCIA	Gerencia de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud	Hacia un modelo de cooperación entre equipos de salud mental y de violencia de género	Vulnerabilidad Formación
D21	NAVARRA	Dirección General de Salud del Gobierno de Navarra	El abordaje de la violencia de género en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O): Diagnóstico y propuestas	Violencia Sexual Vulnerabilidad Otras formas VG

Fuente: Elaboración propia tomando como referencia la información volcada en las memorias de las candidaturas a BBPP-SNS-2019.

2.2 Otras acciones realizadas en 2019

Por último, el Observatorio de Salud de las Mujeres, en calidad de Secretaría Técnica de la Comisión¹⁵, organizó la **Jornada Técnica “Prevención y detección precoz de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud: compartiendo conocimiento y buenas prácticas ante los retos del siglo XXI”** el 6 de noviembre de 2019.

¹⁵ Orden PCI/462/2019, de 17 de abril, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 1 de marzo de 2019, por el que se crea el Observatorio de Salud de las Mujeres, figurando su composición y funciones.

Anexo: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF). Acciones

1. Unidades o servicios que han participado en la difusión del Protocolo dentro del Servicio de Salud Autonómico o en colaboración con el mismo

- **Andalucía:** La prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) se ha incluido en capítulo independiente en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2015.

- **Aragón:** 1. Departamento Sanidad: Estrategias y Formación; 2. Dirección Gerencia del Salud; 3. Instituto Aragonés de Administración Pública dentro de su Plan de Formación Continuada. Desde que se elaboró el Protocolo Aragonés de MGF, trabajamos con Médicos del Mundo.

- **Asturias:** Las ocho áreas sanitarias del Principado de Asturias.

- **Illes Balears:** En 2015 se formó un grupo de trabajo compuesto por profesionales de 3 Consejerías del Govern De les Illes Balears (servicios sociales, educación y salud) para adaptar el Protocolo Común del SNS en materia de MGF a esta Comunidad Autónoma.

- **Canarias:** Servicio Canario de Salud. Atención Primaria.

- **Cantabria:** La difusión del protocolo la ha realizado una ginecóloga del Servicio Cántabro de Salud junto a la Dirección General de Salud Pública, tanto en 2017 como en 2018.

- **Castilla y León:** Se ha incorporado la documentación recomendada para uso de profesionales en el Portal de Salud de La Junta de Catilla y León: VG y en la carpeta de documentación de interés del Grupo Colaborativo on-line de la red de formadores/as en VG.

- **Castilla-La Mancha:** Durante el año 2018, en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, se ha realizado una jornada formativa y un curso de prevención de la MGF.

En ambas acciones formativas han participado profesionales de distintos perfiles: medicina familiar y comunitaria, enfermería, trabajo social, técnico/a medio sanitario: cuidados auxiliares de enfermería. Los objetivos de dichas actuaciones han sido:

- Dar a conocer el Protocolo de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha.

- Sensibilizar y formar a profesionales del ámbito sanitario sobre la prevención de la mutilación genital femenina.

- Informar a profesionales del ámbito sanitario sobre la MGF y las graves consecuencias para la salud de esta forma de violencia de género.

- Potenciar el trabajo en red entre profesionales para la prevención de la MGF.

- **Cataluña:** En Cataluña, el grupo de trabajo sobre la prevención de la MGF está coordinado por la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania en el marco del Protocol Marc Contra la Violencia masculista, liderado por el Institut Català de les Dones. Este grupo ha sido el responsable de la elaboración del protocolo interdepartamental existente en Cataluña. El Departament de Salut dispone de un documento operativo de MGF, el dossier 3 del Protocol

per a l'abordatge de la violència masclista, en el àmbit de la Salut a Catalunya. Actualment se està treballant a partir de aquests documents en un pla d'acció de periodicitat anual.

- **Comunidad Valenciana:** La comunitat Valenciana té el seu propi protocol sanitari sobre MGF des de 2016, i s'han realitzat 3 cursos des de la EVES dirigits a professionals que puguin detectar casos de mutilació en especial, pediatria i ginecologia, centrat en la prevenció i en el coneixement d'aquest protocol, també està difundint el mapa de risc de nenes que puguin patir una ablació, basada en dones amb nacionalitat de països on es practica l'ablació. Els materials estan penjats a la web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública i s'han realitzat nombroses jornades per a la difusió.

- **Extremadura:** Fins ara han participat en la difusió:

- El Institut de la Dona d'Extremadura, que és l'organisme que porta a terme la difusió amb
- La Direcció General de Salut Pública amb
- ONG-Cruz Roja Extremadura.
- Ajuntament de Mèrida.

Té un paper fonamental la difusió realitzada des de l'Institut de la Dona d'Extremadura a través sobretot de les Cases de la Dona de Càceres i Badajoz a través d'activitats formatives: protocol institucional, professionals, associacions i organitzacions, etc.

- **Galicia:** Òrgans directius.

- **Madrid:** Alineades amb el Protocol Comú del SNS, s'elaboraren la Guia d'Actuacions Sanitàries davant la MGF a la Comunitat de Madrid, que es publicà el juny de 2017 i una versió breu d'aquesta mateixa guia. Ambdues estan publicades a l'intranet de la Conselleria de Sanitat i s'elaboraren en el marc de la Red de Prevenció de la Mutilació Genital Femenina formada per 13 organitzacions (Conselleria de Sanitat, Societats científiques i professionals, Ajuntaments, ONGs i Associacions de dones). Les unitats de la Conselleria implicades són la Direcció General de Salut Pública, la Gerència Assistencial d'Atenció Primària i la Gerència Assistencial d'Atenció Hospitalària. Totes aquestes organitzacions han participat activament en el procés d'elaboració i difusió d'aquestes guies, en les accions formatives dirigits a professionals i de sensibilització dirigits a la població general.

- **Murcia:** El 2016 s'elaborà el Protocol per a la prevenció i actuació sanitària davant la mutilació genital femenina a la Regió de Múrcia, per un grup interdisciplinari de professionals i liderat per la Direcció General d'Assistència Sanitària del Servei Murcià de Salut. En l'elaboració del protocol han col·laborat professionals de medicina, infermeria, treball social i juristes del Servei Murcià de Salut.

- **Navarra:** Institut Navarro per a l'Igualtat (INAI), AP, Ginecologia i pediatria.

- **La Rioja:** Toda la red de referents contra la VG de Atenció Primària i els referents contra la VG de els serveis de ginecologia, obstetrícia i pediatria; han participat en la difusió dins del Servei de Salut Autòmic o en col·laboració amb el mateix.

2. Tipo de procedimiento que se ha seguido para difundir el Protocolo

Redes profesionales o institucionales, "mailing", colaboración con sociedades científicas u organizaciones sociales, sesiones presenciales de difusión, organización de actividades formativas específicas, diseño de jornadas "ad hoc", etc.

- **Andalucía:** Para la difusión a profesionales se utiliza la Red Formma (Red de Formación a profesionales en Maltrato contra las mujeres). Canales utilizados para difundir: enlaces a la web de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, inserción en la Historia Clínica Digital del Servicio Andaluz de Salud, comunicación a los centros sanitarios de Atención Primaria y hospitalarios, ONGs que tratan con inmigrantes. Todas ellas enlaces a la web de la consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Se ha comunicado a las direcciones-gerencias de todos los centros sanitarios para que les comuniquen a la totalidad de sus profesionales. Se ha comunicado también a las ONGs que trabajan con inmigrantes. También difundida a Consejería de Justicia, Fiscalías y Servicios de Protección de Menores. En el año 2015 se definió el circuito de derivación para la cirugía de reconstrucción de la mutilación y se incluyó en la cartera de servicios de Cataluña, a través de la contratación con el Hospital Clínico de Barcelona.

- **Aragón:** En el Portal del Empleado del Gobierno de Aragón (donde se publican todas las actividades formativas). Comunicación con el Coordinador del Centro de Salud donde hay población a riesgo de MGF (cada año se obtienen datos de niñas que sus padres son procedentes de países donde se practica la MGF distribuidas por Centros de Salud). Formación específica en MGF con sesiones presenciales cada año desde BDU se contabilizan niñas a riesgo en nuestra CA y se oferta la formación a los centros sanitarios con población a riesgo.

1. Desde la Dirección General de Planificación junto con Médicos del Mundo, se han realizado las siguientes sesiones clínicas en los tres hospitales de Zaragoza: H. clínico Universitario Lozano Blesa, H. Miguel Servet y H. Royo Villanova. 90 profesionales de AP, AE, matronas, Ginecología, MIR y EIR.
2. Exposición fotográfica de "Un viaje con compromiso: el valor de la prevención en la lucha contra la MGF" en colaboración con Médicos del Mundo.

- **Asturias:** Redes institucionales, correos electrónicos, sesiones presenciales de difusión. Distribución del Protocolo y tríptico por e-mail, desde Dirección Gral. de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado. Se ha dirigido a redes profesionales o institucionales, sociedades científicas, organizaciones sociales. 1 jornada de sensibilización conjuntamente con la Consejería de Bienestar social y la participación de ONG's.

- **Illes Balears:** En relación la estrategia de difusión y acciones realizadas para dar a conocer el Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF) no ha habido cambios. Desde la Conselleria de Servicios Sociales y Cooperación del Govern de les Illes Balears se organizó una jornada "Prevención y atención a las mujeres y niñas sobre la MGF (mutilación genital femenina) en las Islas Baleares". Modalidad: presencial 10 (horas). Formadoras: profesionales expertas/os en MGF de "Médicos del Mundo" destinado a profesionales psicosociales y sanitarios y del campo de la educación, y por ello asistieron profesionales sanitarios.

- **Canarias:** El Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la MGF está disponible en la Intranet de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud. En 2017 se realizó una

campana de sensibilización a la población general a través de carteles que se exhiben en todos los Centros y Servicios Sanitarios (Centros de Salud y Hospitales). En 2018 no se ha realizado ninguna acción novedosa, pero se está a la espera de que el Instituto Canario de Igualdad convoque a los sectores implicados en el abordaje tanto de la MGF como de Víctimas de Trata para la elaboración de los respectivos anexos donde Salud sea un sector más y donde la coordinación sobre todo con las asociaciones, es una pieza clave.

- **Cantabria:** La difusión del Protocolo de MGF se ha realizado en el año 2017 y en 2018, en los cursos de formación básica de VG en un módulo específico. En estos cursos se ha incluido un módulo específico de “otras Violencias” en las que se imparte formación en MGF y trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Se ha difundido en sesiones presenciales de 1 hora de duración.

- **Castilla y León:** Se ha incorporado el material formativo en VG, para profesionales en el Portal de Salud de la Junta. Se ha remitido a todas las Gerencias para su difusión en los centros de salud y los hospitales. Se ha difundido a toda la red de formadores/as en VG para su conocimiento y difusión en actividades de formación. Se presentó en la actividad formativa presencial de formadores/as en VG: “Jornada de formación” en el último trimestre de 2015.

- **Extremadura:** En la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres se han celebrado dos charlas informativas para alumnos a los que han asistido 80 personas: 35 hombres y 45 mujeres, todos estudiantes y profesores de la Facultad de enfermería. El Punto de Atención Psicológica a Mujeres Víctimas de Violencia de Género de Villanueva de la Serena, continúa con la realización de Charlas, Coloquios, cursos, jornadas y talleres en ámbitos educativos, sanitarios y de distintas asociaciones y a nivel de ciudadanía general, organización de campañas a nivel local y entidades menores.

- **A nivel Educativo**

1. Charlas y talleres en Institutos y Escuelas Taller.
2. Charlas y Cuentacuentos en Escuelas Primarias.
3. Coordinación con profesores para participación artística de alumnado primario y secundario en actos conmemorativos.

- **A nivel Sanitario**

1. Charlas Coloquio y Talleres para personal sanitario en los Centros de Salud de Villanueva de la Serena y de Don Benito.
2. Talleres para médicos residentes del Hospital Don Benito-Villanueva.
3. Charlas Coloquio y Talleres para personal sanitario del SES en Mérida y Cáceres.

- A la actividad en la **Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres** asistieron un total de **100 personas:** 40 hombres y 60 mujeres que se distribuían entre: **estudiantes** de la Universidad de Extremadura, así como profesionales de los ámbitos de las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado** y **personal Socio-Sanitario** que trabajan activamente en la lucha contra la violencia de género.

- **Galicia:** Correo electrónico + intranet para profesionales.

- **Madrid:** En 2017 se han realizado 4 actividades formativas de 10 horas lectivas, para dar a conocer las guías y protocolos de prevención, diagnóstico y actuación precoz a nivel internacional, nacional y regional. Igualmente se ha realizado 10 cursos de 2 horas lectivas, dirigido a personal sanitario y no sanitario de Atención Primaria. Entre sus objetivos incluyen

concienciar a los/as profesionales de su papel en la prevención de la MGF y conocer las claves y estrategias para la prevención de esta práctica.

El número de profesionales formados ha sido de 257. Como se ha expuesto en el apartado anterior, en el plan de difusión de las Guías participaron todas las organizaciones de la red, actuando cada una en su ámbito de competencia. Desde la Consejería de Sanidad se realizó una presentación institucional dirigida a equipos directivos y presentaciones de carácter técnico a las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia, a la Red de Atención Integral contra la Violencia de Género de la Dirección General de la Mujer. Desde la Dirección General de Salud Pública en colaboración con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria se hicieron siete presentaciones, una por cada Dirección Asistencial de Atención Primaria a las que se invitó además de a los equipos directivos, a las figuras de responsables de Violencia de Género de Centros de Salud y coordinadores de pediatría, a los Servicios de Salud Pública de área, a Presidentes de Comisiones Hospitalarias y profesionales de los Puntos del Observatorio de VG de la Dirección General de la Mujer. Para llevar a cabo estas sesiones se elaboró una presentación de power point que contenía la contextualización de la MGF como problema de Salud Pública, los principales conceptos y problemas de salud asociados y los principales contenidos de la Guía de Actuaciones Sanitarias y el Plan implementación de la misma. Adicionalmente se amplió la oferta formativa y se incluyó la difusión de la guía en los cursos del plan de formación continuada de la Consejería.

Se elaboró otra presentación de power point para apoyar las sesiones formativas que se realizan en los centros de salud que está disponible en el espacio de violencia de género de la intranet sanitaria de la Consejería.

- **Murcia:** Para la difusión del mismo, se realizaron **10 ediciones** del taller, "**Formación en Atención y Prevención de la Mutilación Genital Femenina, Protocolo de la Región de Murcia**", dirigida a los responsables de violencia de género, de todos los centros de las nueve áreas de salud, urgencias y emergencias 061 y Salud Mental de Murcia. La estrategia formativa que se ha utilizado es de formador de formadores, con el compromiso de los profesionales a realizar una sesión general en su centro de trabajo. Asistieron **110 profesionales**, todos ellos responsables de Violencia de Género de su centro.

La cascada formativa se realizó en centros de Atención Primaria de todas las áreas, en centros de salud mental, en centros hospitalarios y urgencias y emergencias 061.

La difusión actual se realiza a través de enlaces en la página web de Murcia Salud.

También se facilitó el protocolo en un pendrive a todos los profesionales que realizaron la cascada formativa y posteriormente, estará a disposición de los profesionales del centro en los que se impartió la formación.

- **Navarra:** Desde la aprobación del protocolo en 2013 se ha realizado formación a profesionales en el protocolo de prevención y actuación dirigida a Atención Primaria, Pediatría y Ginecología.

Redes profesionales o institucionales, mailing, colaboración con sociedades científicas u organizaciones sociales, sesiones presenciales de difusión, organización de actividades formativas específicas, diseño de jornadas "ad hoc", etc.

Se hicieron 3 charlas. A lo largo de 2019 se realizó formación específica para Centros de salud.

- **La Rioja:** Redes profesionales o institucionales, correo electrónico, colaboración con sociedades científicas, con organizaciones sociales, sesiones presenciales, jornada "ad hoc", etc. En el 2017 se elaboró el Protocolo riojano para la actuación sanitaria ante la MGF. Se difundió en los centros de salud fundamentalmente a lo largo del 2018. Se realizó una Jornada de formación específica (ya recogida como dato en los indicadores de este

informe) con unas 100 personas asistentes, a cargo de la Doctora Adriana Kaplan, en la que participaron también profesionales del ámbito de los servicios sociales, educación, justicia y cuerpos y fuerzas de seguridad.

Este protocolo se elaboró por una comisión de trabajo específica para ello que ha mantenido una reunión de evaluación en 2018 para revisar el mismo e incorporar algún cambio, sobre todo para aclarar la actuación cuando las niñas llegan a nuestra región con la MGF practicada en su país de origen antes de llegar a nuestro país (se generó un problema muy grave por un caso en la primavera del 2018 que obligó a rectificar y a aclarar el procedimiento).

Se elaboró junto con el resto de instituciones riojanas, partiendo de nuestro protocolo sanitario, un protocolo interinstitucional riojano contra la MGF y se ha participado en alguna reunión. Este protocolo se aprobó en febrero de 2018. A través de la Asociación de Pediatría de La Rioja se ha difundido en el 2018 y también a través de la Asociación de Matronas de La Rioja.

3. Estimación Nº de profesionales a los que se ha llegado con la difusión

- **Aragón: 225 profesionales** de AP (centros de Salud) y AE Atención Hospitalaria (Ginecología y Urgencias). Han participado: Enfermería, Medicina Y Trabajo Social, 25 personas por curso. Dos cursos en 2018.

- **Cantabria:** Se han formado aproximadamente **60 profesionales** de Servicios de Ginecología, Pediatría y Urgencias de AP.

- **Cataluña:** La formación de los profesionales en la prevención de la MGF se realiza des de la *Subdirecció de Promoció de la Salut* de la *Agència de Salut Pública de Catalunya*, a través de personas expertas cualificadas. Durante el año 2015 se formaron **97 profesionales** socio sanitarios de todo el territorio (desde gerentes de centros hasta personal de atención al usuario o asistentes sociales). Durante el año 2016 se han formado más de 250 profesionales y se ha incorporado una ginecóloga experta en temas de salud afectivo-sexual para que pueda complementar la formación impartida hasta ahora. De momento, ya se han programado tres nuevas formaciones para el año 2017.

- **Extremadura: 80 personas:** 35 hombres y 45, todos estudiantes y profesores de la Facultad de enfermería.

- **Galicia:** Difundido a los 38,000 trabajadores del SERGAS.

- **Madrid: 131 profesionales** formados (en la actuación de 2017), pertenecientes a los ámbitos de Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Pública, más **257** de la formación consistente en 10 cursos para AP, de dos horas lectivas. Además, las guías se han difundido en el sistema sanitario de la Comunidad y del Ayuntamiento de Madrid, en las redes profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria y pediatría de Atención Primaria llegando aproximadamente a 500 profesionales.

En los cursos de formación continuada de 2017 y 2018 han participado mujeres: **390 y 318** profesionales respectivamente.

- **Murcia: 110 profesionales**, todos ellos responsables de Violencia de Género de su centro. Se formaron en 2017, **667 profesionales** de los cuales 242 son hombre y 425 mujeres. En el año 2018 se han formados más, 6 hombres y 25 mujeres.

- **País Vasco:** 17 hombres y 159 mujeres. Total 176 profesionales sanitarios/as.
 - 9 formaciones de dos horas y media cada una, en 2017 con temáticas de MGF y actuación en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría.
 - Se está realizando un Módulo nuevo de MGF asociado al curso online sobre VG del que disponen, elaborado en Osakidetza.
 - Se han realizado 3 talleres de la actividad “Mutilación Genital Femenina. Actuación en el ámbito de la Atención Primaria” para dar a conocer entre los profesionales de AP la guía de actuaciones recomendadas, en los que se ha profundizado en las actuaciones específicas en AP.
- **La Rioja:** Se ha llegado a 500 personas con todas las acciones realizadas.

4. Estimación de los ámbitos a los que se ha llegado con la difusión

- **Asturias:** Atención Primaria y Hospitalaria.
- **Aragón:** Atención Primaria y Hospitalaria.
- **Cantabria:** Atención Primaria.
- **Madrid:** Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Pública.
- **Navarra:** Atención Primaria y los Servicios de Pediatría y Ginecología.
- **La Rioja:** El 3 de octubre de 2019 se celebró la 2ª parte de la Jornada del año anterior, con Adriana Kaplan, en la que se ha trabajado sobre todo la metodología preventiva con la comunidad de origen (trabajo comunitario con líderes y población directamente afectada por esta práctica).

5. Previsión de continuidad en la difusión del Protocolo

- **Aragón:** Anual, ya que está incluida en el Plan de Formación Continuada del Departamento.
- **Asturias:** Prevista y planificada para segundo semestre de 2019, actividad formativa sobre el Protocolo de actuación sanitaria frente a la MGF, desde la Consejería de Salud del Principado de Asturias, Dirección Gral. De Salud Pública y Dirección Gral. De Planificación Sanitaria.
- **Cantabria:** El protocolo se seguirá difundiendo sistemáticamente en los cursos de formación de VG presenciales, en un módulo específico.
- **Cataluña:** Anual.
- **Madrid:** Se mantiene la difusión de las guías en la línea de MGF del plan de formación continuada.

- **Navarra:** Por parte del INAI, a través de un convenio de colaboración con “Médicos del Mundo” se ha llevado una actuación alrededor de cuatro ejes:

1. Sensibilización de la población africana y sociedad en general.
2. Formación a profesionales en el protocolo de prevención y actuación.
3. Elaboración de material que facilite la información a profesionales.
4. Servicio de mediación para facilitar el abordaje del tema entre profesionales y familias y mujeres africanas.

A lo largo de 2019 se hará formación específica para Centros de Salud.

- **La Rioja:** Prevista jornada de reflexión intensiva, dirigida al personal sanitario afectado (pediatría, ginecología, trabajo social) y también a personal de otros servicios (sociales, judiciales, protección de menores) para consensuar los criterios de intervención y proteger los derechos de las niñas y sus familias al tiempo que garantizar y organizar acciones de sensibilización a la población afectada por esta práctica.

6. ¿Se ha editado algún Protocolo Autonómico como concreción del Protocolo Común del SNS en materia de mutilación genital femenina? Indique el enlace web en caso de estar disponible

- **Aragón:** Sí, en colaboración con IAM (Instituto Aragonés de la Mujer). Aragón tiene Protocolo de Coordinación MGF Autonómico desde 2011.

- **Illes Balears:** La CCAA de les Illes Balears ha elaborado el “Protocolo de prevención y atención a las mujeres y las niñas frente a la mutilación genital femenina en les Illes Balears”, que próximamente se publicará. A partir de este protocolo que se ha elaborado a partir del Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF) 2015, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 14 de enero de 2016, se impartirá una formación específica en mutilación genital femenina. Esta formación se iniciará a principios de 2018. Se tiene previsto elaborar la estrategia para su difusión, además de la formación específica y especializada en el tema.

- **Canarias:** Actualmente pendientes de reunión con el Instituto Canario de Igualdad (que ya realizó una jornada formativa) para la elaboración de un documento sobre MGF adaptado a esta Comunidad.

- **Castilla y León:** La nueva Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la VG de 2017, incluye un anexo sobre MGF y se hace referencia al Protocolo Común del SNS. Ed. 2015.

- **Cataluña:** Cataluña tiene Protocolo de Coordinación MGF Autonómico desde 2007. Además, en Cataluña, tiene editado el Documento Operativo aparte, para el ámbito sanitario y MGF desde 2011.

- **Galicia:** Editado tríptico informativo.

- **Madrid:** Como se menciona en el primer punto en el año 2017 se han publicado dos documentos. La guía de Actuaciones Sanitarias frente a la MGF en la CM. y la “Mutilación Genital Femenina. Guía Breve de Actuaciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid” alineado con el Protocolo Estatal.

Actualmente está en elaboración, un plan de difusión de la "Guía de Actuaciones Sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid", recientemente finalizada.

- **Murcia:** Se ha elaborado un Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia, por un grupo interdisciplinar de profesionales y liderado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud. En la elaboración del protocolo han colaborado profesionales de medicina, enfermería, pediatría, matronas y profesionales de urgencias (en general, tanto de AP como hospitalaria), ginecología, trabajo social y juristas del Servicio Murciano de Salud.

- **Navarra:** En Navarra el Protocolo de Coordinación MGF Autonómico se aprobó en junio de 2013 y en el segundo semestre de ese mismo año se realizaron las actividades de presentación del protocolo, a través de sesiones presenciales.

- **La Rioja:** Sí, en el año 2017, el específico sanitario y en el 2018 el protocolo interinstitucional autonómico.

La Subcomisión contra la Mutilación Genital Femenina, integrada dentro de la Comisión Técnica contra la VG del Área de Salud de La Rioja, está formada por pediatras, trabajadoras sociales y matronas de atención primaria y especializada, ginecólogas. Elaboró el protocolo específico riojano contra la MGF en 2017 y se difundió un poco a lo largo del 2017 y también se ha difundido a lo largo del 2018 con algunas sesiones a personal de pediatría en los hospitales y primaria y con sesiones en algunos centros de salud (la mayoría). Representantes de esta Subcomisión participan en un grupo de trabajo interinstitucional que ha elaborado, partiendo de nuestro protocolo sanitario riojano contra la MGF, un protocolo riojano interinstitucional.

A raíz de un caso ocurrido en mayo-junio de este 2018 se han detectado fallos en el protocolo sanitario que se van a corregir para evitar que se judicialice y penalice la atención a niñas y sus familias que emigran a nuestro país con la MGF ya realizada.

7. ¿Se ha trabajado específicamente con grupos de mujeres y/o niñas con mayor riesgo de sufrir MGF? ¿y con sus familias?

Indique de qué forma se ha hecho, y si se ha llevado a cabo desde los servicios sanitarios o en colaboración otras instituciones y/o sectores

- **Andalucía:** En este momento existe un grupo de trabajo para la creación de una Estrategia para la Actuación ante casos de MGF (prevención en niñas y atención a mujeres ya mutiladas).

- **Aragón:** Sí, con Médicos del Mundo. En el año 2018 se ha trabajado un Protocolo de actuación a Mujeres Mutiladas que solicitan reconstrucción. Está pendiente de aprobación.

- **Madrid:** Para optimizar el efecto de las intervenciones se han georreferenciado los centros de salud con población de referencia vulnerable a la MGF. Se ha priorizado formación de profesionales en estos centros con mayor población vulnerable.

Todas las actuaciones realizadas en materia de Prevención de MGF han sido en el marco de la red de Prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid. Se han realizado talleres de Prevención con mujeres en el 2017. Se han realizado distintas intervenciones en las que han participado organizaciones de mujeres africanas.

- **La Rioja:** Se han mantenido algunas reuniones con asociaciones de mujeres inmigrantes de países afectados por la MGF, pero las resistencias internas y las presiones de algunos grupos de hombres de sus propias etnias han imposibilitado la continuidad de las mismas: Se realizaron varias reuniones con mujeres y con líderes en 2017. Ellas se mostraron, en su mayoría porque había de diferentes etnias y países, muy partidarias de hacer un trabajo preventivo desde los servicios sanitarios. Pero hubo un bloqueo por un sector de hombres de Malí vinculados de manera directa con la práctica de la religión musulmana muy tradicional, que cortó de raíz esa dinámica de trabajo con el conjunto de las mujeres y de los hombres. Pese a varios intentos posteriores, no fue posible retomar los contactos en 2018.

Índice de tablas

Tabla 1a.	Cobertura de la notificación por historia clínica según CA	19
Tabla 1b.	Cobertura de la notificación por partes de lesiones según CA	20
Tabla 1c.	Cobertura poblacional por fuente de la declaración	20
Tabla 2a.	Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por historia clínica	22
Tabla 2b.	Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por partes de lesiones	23
Tabla 3a.	Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica	24
Tabla 3b.	Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones	24
Tabla 4a.	Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica	25
Tabla 4b.	Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica	26
Tabla 5a.	Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por historia clínica	26
Tabla 5b.	Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones	27
Tabla 6a.	Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica	28
Tabla 6b.	Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones	28
Tabla 7a.	Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica	30
Tabla 7b.	Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones	30
Tabla 8a.	Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica	31
Tabla 8b.	Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones	31
Tabla 9a.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica	32
Tabla 9b.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones	32
Tabla 10.	Media del nº horas lectivas/actividad impartida. Formación en VG en el SNS por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018	44

Tabla 11.	Personal formado en VG por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018	50
Tabla 12.	Personal formado en VG por tipo de actividad y sexo. Años 2017 y 2018	52
Tabla 13.	Perfil profesional del alumnado en formación VG. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018	56
Tabla 14a.	Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2017	58
Tabla 14b.	Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado por sexo y CCAA. Año 2018	59
Tabla 15.	Adscripción del profesorado en materia de VG. Años 2017 y 2018	60
Tabla 16a.	Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2017	64
Tabla 16b.	Perfil del profesorado en materia de VG datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2018	65
Tabla 17.	Personal formado por CCAA y sexo. Años 2017 y 2018	68
Tabla 18.	Nº de actividades impartidas en materia de VG por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018	71
Tabla 19.	Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018	75
Tabla 20.	Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Años 2017 y 2018	79
Tabla 21.	Actividades de sensibilización por ámbito asistencial. CCAA. Años 2017 y 2018	82
Tabla 22.	Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018	85
Tabla 23.	Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018	87
Tabla 24.	Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018	90
Tabla 25.	Número de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Años 2017 y 2018	91
Tabla 26.	Personal formado por tipo de actividad y CCAA. Años 2017 y 2018	95
Tabla 27.	Nº de profesionales que han recibido formación en VG en los años 2016, 2017 y 2018 para las CCAA que han presentado un incremento abrupto	99

Tabla 28.	Diferencias entre los años 2016 y 2017; 2017 y 2018, en cuanto al nº de profesionales que han recibido formación en VG para las CCAA que han presentado un incremento abrupto	100
Tabla 29.	Nº de profesionales con formación desagregado por CCAA. Evolución 2008-2018	102
Tabla 30.	Nº de actividades formativas VG por ámbito asistencial. Evolución 2008-2018	104
Tabla 31.	Listado de buenas prácticas-SNS-VG-2019. Actuaciones Sanitarias frente a la violencia de género	115

Relación de gráficos

Gráfico 1.	Personal formado por ámbito asistencial en VG. Años 2017 y 2018 y % bianual acumulado	40
Gráfico 2.	Nº de actividades formativas en VG por ámbitos asistenciales. Años 2017 y 2018 y % bianual acumulado	42
Gráfico 3.	Nº de horas lectivas impartidas en VG por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018 y % bianual acumulado	43
Gráfico 4.	Tipo de actividades formativas en VG por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018	47
Gráfico 5.	Personal formado en VG por tipo de actividad. Años 2017 y 2018	48
Gráfico 6.	Cursos acreditados vs Cursos impartidos en VG por ámbito asistencial. Años 2017 y 2018	49
Gráfico 7.	Personal formado en VG por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018	51
Gráfico 8.	Personal formado en VG por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018	52
Gráfico 9.	Alumnado formado en VG, por perfil profesional. Años 2017 y 2018	54
Gráfico 10.	Perfil del alumnado en VG por sexo. Años 2017 y 2018	56
Gráfico 11a.	Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2017	61
Gráfico 11b.	Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2018	61
Gráfico 12.	Perfil del profesorado en materia de VG. Años 2017 y 2018	62
Gráfico 13.	Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo. Años 2017 y 2018	63
Gráfico 14.	Personal formado en materia de VG por CCAA. Años 2017 y 2018	66
Gráfico 15.	Personal formado por CCAA, Datos desagregados por SEXO. Años 2017 y 2018	69
Gráfico 16a.	Nº de actividades por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017	74
Gráfico 16b.	Nº de actividades por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018	74
Gráfico 17a.	Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017	77

Gráfico 17b.	Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018	77
Gráfico 18a.	Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Año 2017	81
Gráfico 18b.	Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Año 2018	81
Gráfico 19a.	Actividades de sensibilización por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017	83
Gráfico 19b.	Actividades de sensibilización por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018	83
Gráfico 20a.	Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017	86
Gráfico 20b.	Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018	86
Gráfico 21a.	Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017	88
Gráfico 21b.	Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018	89
Gráfico 22a.	Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017	90
Gráfico 22b.	Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018	91
Gráfico 23a.	Número de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Año 2017	93
Gráfico 23b.	Número de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Año 2018	94
Gráfico 24a.	Personal formado por tipo de actividad (%) y CCAA. Año 2017	96
Gráfico 24b.	Personal formado por tipo de actividad (%) y CCAA. Año 2018	96
Gráfico 25.	Nº de profesionales que han recibido formación. Evolución 2004-2018	98
Gráfico 26.	Nº de profesionales con formación por CCAA. Evolución 2008-2018	103
Gráfico 27.	Nº de actividades por ámbito asistencial. Evolución 2008-2018	104
Gráfico 28.	Nº de horas lectivas impartidas por ámbito asistencial. Formación VG. Evolución 2008-2018	106
Gráfico 29.	Nº de BBPP por CCAA vs. candidaturas presentadas a BBPP-SNS-2019. Actuaciones sanitarias frente a la violencia de género	115

Relación de infografías

Infografía 1. Porcentaje de mujeres respecto al total de personas que figuran como responsables de la gerencia/dirección versus titulares técnicas en las entidades que presentan las candidaturas a BBPP-SNS-VG. Convocatoria 2019

114

La elaboración de este Informe forma parte sistemática de las tareas anuales de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Siguiendo la estructura común de años anteriores, en esta edición se recogen los datos correspondientes a 2017 y 2018 agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto de los indicadores epidemiológicos comunes (casos de violencia de género, detectados y registrados en el SNS) como de los procesos de formación para profesionales de los servicios de salud autonómicos en los diferentes ámbitos asistenciales de atención primaria, hospitalaria y urgencias, en ese mismo año.

A continuación, en la segunda parte, se recoge la síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión durante 2018 y 2019 a través de sus grupos técnicos de trabajo fundamentalmente relacionadas con la recogida de los indicadores anteriormente mencionados y los trabajos referidos a la Convocatoria de 2019 para la recogida, evaluación y difusión de Buenas Prácticas en el SNS.

Se cierra el Informe con un anexo que recoge la actualización de las acciones realizadas desde los servicios de salud de las CCAA frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF) en el marco del Protocolo Común para la actuación sanitaria del SNS en esta materia.



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.mscbs.gob.es