

**EMAKUNDE**  
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA  
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Eusko Jauriaritzako Erakunde Autonomiaduna  
Organismo Autónomo del Gobierno Vasco

## Respuesta Institucional ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres en el ámbito Sanitario en la CAPV.

**Evaluación del Alcance y la Eficacia de los Recursos Sanitarios  
en materia de Maltrato Doméstico contra las Mujeres**

## ÍNDICE

<b>0. PRESENTACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I – OBJETIVOS, MODELO, METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y TERMINOLOGÍA EMPLEADA .....</b>	<b>5</b>
I.1. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN .....	5
I.2. MODELO DE EVALUACIÓN .....	5
I.3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN .....	8
I.4. TERMINOLOGÍA .....	12
<b>CAPÍTULO II – CONTEXTO DE LA ACTUACIÓN INSTITUCIONAL EN MATERIA DE ATENCIÓN SANITARIA EN SITUACIONES DE MALTRATO CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO .....</b>	<b>13</b>
II.1. MARCO COMPETENCIAL .....	13
II.2. BASE LEGAL DEL MALTRATO DOMESTICO SOBRE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO SANITARIO .....	14
III.3.CONTEXTO DE ACTUACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y OSAKIDETZA / SERVICIO VASCO DE SALUD (SVS) RESPECTO AL MALTRATO CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO .....	19
<b>CAPÍTULO III - ALCANCE DE LOS RECURSOS .....</b>	<b>23</b>
III.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS EXISTENTES .....	23
III.1.1. Marco Organizativo de la Salud Pública Vasca .....	23
III.1.2. Personal Sanitario Objeto de Estudio .....	28
III.1.3. Recursos Formativos Específicos .....	35
III.1.4. Recursos de Información: registro de datos, difusión del Protocolo .....	38
III.1.5. Recursos de Traducción .....	39
III.2. ACTIVIDAD DE LOS RECURSOS .....	40

## **CAPÍTULO IV – VISIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS ANÁLISIS DELPHI....42**

IV. 1.IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA DELPHI .....	42
IV.2. PERFIL PARTICIPANTES .....	46
IV.3. VISIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS .....	50
IV.2.1. Papel del Sistema Sanitario .....	54
IV.2.2. Formación Especializada .....	65
IV.2.3. Modelo de Intervención .....	87
IV.2.4. Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres .....	96
IV.2.5. Recursos para la Cobertura de la Atención Sanitaria .....	121
IV.2.6. Coordinación Intra e Interinstitucional .....	128

## **CAPITULO V- . CONCLUSIONES Y VALORACIONES FINALES.....137**

### **ANEXOS**

I. Informe de resultados del Estudio Delphi .....	158
II. Cuestionarios recogida de información. Fase I Delphi .....	171

## 0. PRESENTACIÓN

El presente informe de evaluación se elabora en el marco del mandato legal expresado en el artículo 51 de la **Ley 4/2005**, de 18 de febrero, para la Igualdad de mujeres y hombres, el cual establece que *“Emakunde - Instituto Vasco de la Mujer realizará periódicamente una evaluación de la eficacia y alcance de los recursos y programas existentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi en materia de violencia contra las mujeres”*.

Fruto de tal compromiso, en 2006 Emakunde acomete la realización de una evaluación sobre el funcionamiento y la eficacia de los recursos sociales en la materia, y en el año 2007 lleva a cabo la evaluación de los recursos en el ámbito policial y judicial<sup>1</sup>.

En el año 2008, la materialización del precepto legal se centra en la **evaluación de los recursos de atención en el ámbito de la sanidad**, y paralelamente, en el mismo espacio temporal, se ha realizado la evaluación de los recursos especializados de atención psicológica gestionados por las instituciones para dar respuesta a las situaciones de violencia hacia las mujeres en el ámbito de la CAPV.

El objetivo de esta serie de evaluaciones realizada por Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer es valorar la idoneidad de los recursos disponibles y comprender su funcionamiento y el contexto en el que su labor tiene lugar, a fin de contribuir a su mejora desde las reflexiones surgidas del acercamiento a la práctica cotidiana de las instituciones.

Además, las evaluaciones pretenden ser un instrumento de difusión de las políticas y recursos existentes en la CAPV para todas aquellas personas interesadas, principalmente las mujeres víctimas de violencia de género, las personas de su red natural, las asociaciones y entidades involucradas en la lucha contra la violencia de género y la asistencia a las víctimas de la misma, la sociedad en general ante un problema social de máxima gravedad, otras instituciones, servicios y empresas para quienes los hallazgos obtenidos puedan resultar de interés.

El informe de evaluación que se presenta corresponde a la **evaluación del alcance y la eficacia de los recursos sanitarios en materia de maltrato contra las mujeres en ámbito doméstico**.

---

<sup>1</sup> Estudios disponibles en la Web de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer [http://www.emakunde.euskadi.net/u72-preven/es/contenidos/informacion/viol\\_evalua/es\\_emakunde/evalua\\_es.html](http://www.emakunde.euskadi.net/u72-preven/es/contenidos/informacion/viol_evalua/es_emakunde/evalua_es.html)

## **CAPÍTULO I – OBJETIVOS, MODELO, METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y TERMINOLOGÍA EMPLEADA.**

### **I.1. Objetivos de la evaluación**

La presente evaluación tiene como objetivo conocer mejor y más profundamente cómo funcionan los recursos de atención sanitaria en casos de violencia contra las mujeres, con el fin de contribuir a su mejora y optimización. Esta evaluación busca no sólo poner en valor la idoneidad de los recursos disponibles sino comprender el funcionamiento de los mismos y el contexto en el que su labor tiene lugar, a fin de identificar las áreas y acciones de mejora surgidas del acercamiento a la práctica cotidiana de las instituciones sanitarias y de éstas en coordinación con otras instituciones.

El espacio temporal en el que se enmarca es el año 2008 y se centra en la actividad desarrollada a nivel de la CAPV.

Los objetivos de la evaluación propuesta se centran en tres vertientes:

1. Comprensión del funcionamiento de los servicios sanitarios en relación con la violencia contra las mujeres.
2. Valoración de la calidad del servicio y de las condiciones en las que éste se presta.
3. Identificación de áreas y acciones de mejora.

### **I.2. Modelo de evaluación**

La aproximación al objeto de estudio se ha realizado siguiendo el esquema evaluativo empleado en las evaluaciones anteriores sobre la respuesta institucional al maltrato doméstico contra las mujeres que se apoya en el modelo de calidad EFQM (European Foundation for Quality Management) aplicado a la gestión de los servicios públicos en Europa (CAF/ Common Assessment Framework, Marco Común de Evaluación) y que se apoya en los siguientes criterios:

#### **Criterio 1: Liderazgo**

Considerar las evidencias de lo que hacen las personas líderes de la organización para

- 1.1. Dirigir la organización desarrollando su misión, visión y valores.
- 1.2. Desarrollar e implantar un sistema para gestionar la organización, el desempeño y el cambio

1.3. Motivar y apoyar a las personas de la organización y actuar como modelo de referencia

1.4. Gestionar las relaciones con el personal político y con otros grupos de interés para garantizar que se comparte la responsabilidad

### **Criterio 2: Estrategia y Planificación**

Tomar en consideración las evidencias de lo que hace la organización para

2.1. Recoger información relativa a las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés.

2.2. Desarrollar, revisar y actualizar la estrategia y la planificación teniendo en cuenta las necesidades de los grupos de interés y los recursos disponibles

2.3. Implantar la estrategia y la planificación en toda la organización

2.4. Planificar, implantar y revisar la modernización y la innovación

### **Criterio 3: Personas**

Considerar las evidencias de lo que hace la organización para

3.1. Planificar, gestionar y mejorar con transparencia los Recursos Humanos de acuerdo con la estrategia y la planificación

3.2. Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades del personal en consonancia con los objetivos individuales y de la organización

3.3. Involucrar al personal por medio del diálogo y la responsabilización (empowerment)

### **Criterio 4: Alianzas y Recursos**

Considerar las evidencias de lo que hace la organización para

4.1. Desarrollar e implantar relaciones con personas/entidades asociadas clave

4.2. Desarrollar y establecer alianzas con la ciudadanía/clientela

4.3. Gestionar las finanzas

4.4. Gestionar la información y el conocimiento

4.5. Gestionar la tecnología

4.6. Gestionar las instalaciones

### **Criterio 5: Procesos**

Considerar lo que hace la organización para

5.1. Identificar, diseñar, gestionar y mejorar los procesos de forma continua

5.2. Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a la ciudadanía/clientela

5.3. Innovar los procesos con la participación de la ciudadanía/clientela

### **Criterio 6: Resultados orientados a la ciudadanía/clientela**

Tomar en consideración qué resultados ha alcanzado la organización en sus esfuerzos para satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía/clientela, mediante

- 6.1. Resultados de las mediciones de la satisfacción de la ciudadanía/clientela
- 6.2. Indicadores utilizados para medir los resultados en la ciudadanía/clientela

### **Criterio 7: Resultados en las Personas**

Considerar qué resultados ha alcanzado la organización para satisfacer las necesidades y expectativas de su personal, por medio de

- 7.1. Resultados de las mediciones de la satisfacción y de la motivación de las personas
- 7.2. Indicadores de resultados en las personas

### **Criterio 8: Resultados en la Sociedad**

Tomar en consideración qué está logrando la organización en su impacto en la sociedad, con referencia a

- 8.1. Resultados de las mediciones de percepción de los grupos de interés sobre el rendimiento social de la organización
- 8.2. Indicadores del rendimiento social establecidos por la organización

### **Criterio 9: Resultados Clave del Rendimiento**

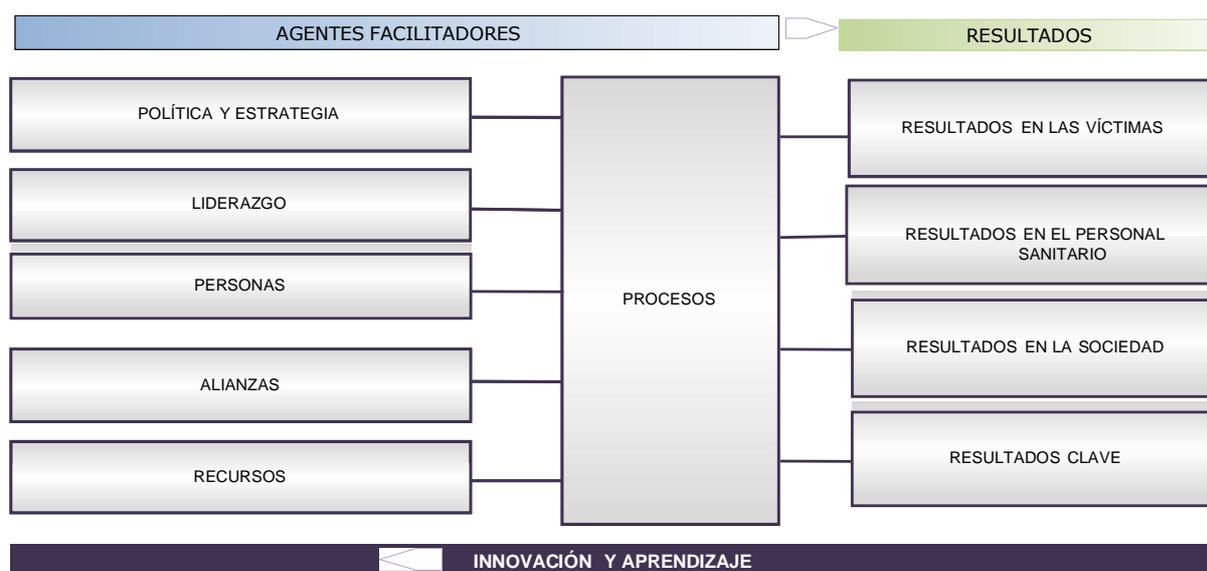
Considerar las evidencias de las metas alcanzadas por la organización en relación con

- 9.1. Resultados externos: Consecución de objetivos en términos de productos y efectos.
- 9.2. Resultados internos

A modo de síntesis: dicho modelo analiza la estructura y funcionamiento de la organización desde tres ámbitos:

- Evaluación de las estructuras: liderazgo, política y estrategia, personas, recursos y alianzas
- Evaluación de los procesos de funcionamiento
- Evaluación de los resultados

## Modelo EFQM adaptado a los Recursos Sanitarios en materia de Maltrato Doméstico



### I.3. Metodología de Evaluación.

La metodología diseñada para la realización del presente informe se sustenta en una estrategia multimétodo que combina las técnicas cuantitativas con métodos cualitativos de recogida de información.

#### a. Análisis documental

El análisis de información documental relativa a los recursos sanitarios es una tarea fundamental para la realización del estudio de evaluación, en la medida en que permite conocer las principales características de los mismos, así como realizar una aproximación a los principales avances o dificultades en el abordaje de la atención a la problemática de la violencia ejercida contra la mujer en el ámbito doméstico.

Entre las fuentes de información consultadas destacan:

#### a. A nivel de la CAPV:

- ↪ Planes de Acción Positiva para las mujeres y el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- ↪ Borrador del II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.
- ↪ Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el Ámbito Doméstico y la Violencia Sexual contra las Mujeres.
- ↪ Plan Estratégico de Osakidetza (2008-2012).
- ↪ Programa Salud y Mujeres (2009-2012).

➤ Legislación:

- ↻ Ley de Igualdad del Parlamento vasco, **Ley 4/2005**, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres (LIMH).

b. A nivel estatal:

- ↻ Plan de Calidad para el Sistema nacional de Salud (Marzo 2006)
- ↻ Informes de la Violencia de Género aprobados en la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

➤ Legislación:

- ↻ **Ley Orgánica 1/2004**, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- ↻ **Ley 14/1986**, de 25 de abril, General de Sanidad y del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- ↻ **Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- ↻ **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de septiembre.
- ↻ **Ley 41/2002**, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica

**b. Entrevistas exploratorias**

En una primera fase se han realizado **siete entrevistas abiertas** cuyo cometido fundamental ha sido el de indagar en aquellos aspectos del fenómeno estudiado a los que las personas implicadas dotan de especial relevancia a la hora de abordar la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres desde el ámbito sanitario y de este modo complementar las líneas de trabajo trazadas a partir de la revisión documental.

El perfil de las personas entrevistadas se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla.1**

<b>ENTREVISTAS EXPLORATORIAS</b>	
Responsable Educación para la Salud	1
Psicóloga/o Módulo Psicosocial <sup>2</sup>	2
Jefatura Atención Especializada	1
Médico especialista en Psiquiatría	1
Psicoterapeuta y Sexóloga	1
Representante Programa Salud y Mujer	1

### c. Técnica Delphi

El método Delphi se ha considerado como el modo más idóneo para la recogida de la información por parte de profesionales sanitarios, por ser especialmente útil cuando se cuenta con un conjunto de personas expertas que pueden ofrecer visiones prospectivas a través del consenso. Además, es una herramienta adaptada al hecho de la separación física de las personas participantes lo que facilita la recogida de información en diferentes fases y evita la influencia de la opinión entre panelistas.

Uno de los objetivos básicos de un Delphi es el logro de pronósticos que sean producto de consensos lo más sólidos posibles. Por tanto, el resultado final del Delphi es un conjunto de pronósticos consensuados en mayor o menor medida sobre los diferentes temas y aspectos contenidos en el cuestionario, a lo que se añaden las aportaciones de las respuestas a las preguntas abiertas. Dicha información, materializada en una base de datos susceptible de diversos tratamientos estadísticos, permite la construcción de escenarios probables de concretarse en el horizonte futuro y admite interpretaciones que trascienden la información puramente estadística.

<sup>2</sup> En Bizkaia, si hubiera lista de espera en el caso de que ser derivadas al Programa de Atención Psicológica de la Diputación Foral de Bizkaia, existe un convenio con los **Módulos Psico-sociales** para atenderlas y por tanto, se ha tenido en cuenta su visión para abordar la evaluación de la atención sanitaria.

El proceso de recogida de información se ha desarrollado a través de la cumplimentación de dos cuestionarios en diferentes tiempos para recoger las opiniones y visiones sobre el abordaje de la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico tanto en la actualidad como en los próximos 4 años. Se ha elegido este marco temporal por corresponderse con el periodo de vigencia del Programa Salud y Mujeres del Departamento de Sanidad (2009-2012) y el Plan Estratégico de Osakidetza (2008-2012).

Para realizar la selección de las personas del panel de expertos y expertas, se han realizado tres subdivisiones en función del Centro en el que prestan atención: Centros de Atención Primaria, Hospitales de agudos y Salud Mental. Además, se ha contado con la opinión de Personal gestor de la *Organización Central de Administración y Gestión Corporativa* de Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud.

A continuación se reflejan diferentes perfiles profesionales seleccionados:

*I- Centros de Atención Primaria especialidades estratificadas por Comarca Sanitaria:*

- *Jefatura de Unidad de Atención primaria*
- *Medicina de Familia*
- *Pediatría*
- *Traumatología*
- *Ginecología*
- *Enfermería*
- *Matronaje*

*II- Atención Hospitalaria especialidades estratificadas por Territorio Histórico:*

- *Gerencia Hospitales*
- *Pediatría*
- *Traumatología*
- *Obstetricia y ginecología*
- *Urgencias*
- *Enfermería*
- *Matronaje*
- *Trabajo Social*

*III- Centros de Salud Mental estratificadas por Territorio Histórico:*

- *Psicología Clínica*

IV- Gestión Administración Central de Osakidetza/SVS:

- *Representante del Programa Salud y Mujer*
- *Responsable Salud Mental Extrahospitalaria*
- *Asesoría de Enfermería*
- *Representante Política de Formación*
- *Representante Política de Calidad*
- *Responsable Política de Recursos Humanos*
- *Responsable Sistema de Gestión de Datos*
- *Responsable Unidad de Investigación Atención Primaria*

#### I.4. Terminología

A lo largo de la evaluación, y de acuerdo con la terminología propuesta por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional<sup>3</sup>, se usa el término maltrato doméstico sobre las mujeres o violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico para referirse a la violencia física, psíquica, sexual o de otra índole que se ejerce de forma continuada contra la mujer en el marco de una relación familiar y/o afectiva actual o previa, con el fin de someterla, dominarla y mantener una posición de autoridad y poder en la relación, y que tenga o pueda tener como resultado sufrimiento o daño en su salud física o psíquica. Y es este tipo de violencia ejercida contra las mujeres el objeto de estudio de la presente evaluación.

La abreviatura empleada durante el cuestionario para referirse a esta problemática ha sido VCM.

Por otro lado, por ser el término empleado habitualmente en diferentes ámbitos desde la aprobación de la **Ley Orgánica 1/2004**, cuando se emplee el término violencia de género (VG) se hará haciendo referencia únicamente a la violencia que el hombre ejerce contra la mujer en el ámbito de una relación de pareja o expareja.

---

<sup>3</sup> “La violencia contra las mujeres. Propuestas terminológicas” Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional para la mejora de la atención a las víctimas de violencia doméstica y maltrato sexual.

## **CAPÍTULO II – CONTEXTO DE LA ACTUACIÓN INSTITUCIONAL EN MATERIA DE ATENCIÓN SANITARIA EN SITUACIONES DE MALTRATO CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO**

### **II.1. Marco competencial**

La **Constitución de 1978**, tras recoger, entre los principios rectores de la política social y económica, el derecho a la protección de la salud e imponer a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de la articulación de las prestaciones y servicios necesarios, atribuye al Estado, para el ejercicio de este deber, la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad (apartado 1.16ª del artículo 149) y la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social –sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas (apartado 1.17ª del mismo artículo)– y a las Comunidades Autónomas, la posibilidad de asumir competencias en sanidad e higiene (apartado 1.21ª del artículo 148).

En el ejercicio de las competencias así atribuidas, el Estado ha venido estableciendo el marco general de actuación en esta materia, principalmente mediante la aprobación de la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social**, aprobado por **Real Decreto Legislativo 1/1994**, de 20 de junio, y más recientemente, mediante la aprobación de la muy significativa **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, la **Comunidad Autónoma del País Vasco**, haciendo uso de la facultad atribuida por el texto constitucional, asumió en su **Estatuto de Autonomía** competencias en materia de sanidad e higiene en los términos previstos en su artículo 18:

En materia de servicios de salud, la competencia tanto para la ejecución de la legislación básica del Estado y el desarrollo legislativo en materia de sanidad interior (salud pública y asistencia sanitaria) como para la organización y administración de todos los servicios sanitarios asumidas en el Estatuto de Autonomía, recaen en el Gobierno Vasco, puesto que la **Ley de Territorios Históricos (LTH)** no atribuye ninguna competencia, ni de desarrollo normativo ni de ejecución, a los Órganos Forales de los Territorios Históricos y, a tenor de su artículo 6, es de competencia de las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma la legislación y la ejecución de todas aquellas materias que no se reconozcan o atribuyan en el Estatuto de Autonomía, en la propia LTH o en otras normas posteriores, a los Órganos Forales de los Territorios Históricos.

## II.2. Base legal de Maltrato Doméstico sobre las Mujeres en el ámbito Sanitario

La **Constitución** incorpora en su artículo 15 el derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Además, estos derechos vinculan a todos los poderes públicos y sólo por ley puede regularse su ejercicio. Esos mismos poderes públicos tienen, conforme a lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Constitución, la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud.

En los últimos años se han producido a nivel estatal avances legislativos en materia de lucha contra la violencia de género, tales como la **Ley Orgánica 11/2003**, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros; **Ley Orgánica 15/2003**, de 25 de noviembre, por la que se modifica la **Ley Orgánica 10/1995**, de 23 de noviembre, del Código Penal o la **Ley 27/2003**, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.

También la **Ley de Igualdad del Parlamento vasco, Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres (LIMH)**, regula los derechos sanitarios en su Capítulo V, instando, en las materias objeto de esta evaluación, a las administraciones públicas competentes a:

### **Capítulo V. Otros derechos sociales básicos**

#### **Artículo 44. Salud**

1. Las administraciones públicas vascas han de contribuir a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, considerando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen en ellas mayor incidencia.
2. La Administración de la Comunidad Autónoma debe garantizar la igualdad de trato y oportunidades de mujeres y hombres en la investigación y atención relacionada con la salud, mediante la consideración de las diferentes situaciones, condiciones y necesidades de hombres y mujeres y, cuando sea necesario, mediante el desarrollo de políticas específicas. Asimismo, ha de promover entre las personas profesionales y usuarias y los agentes sociales implicados en el sistema de salud el análisis, debate y concienciación en torno a las diferencias de mujeres y hombres relativas a dicho ámbito.

La llamada Ley Integral, la **Ley Orgánica 1/2004**, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales en el sentido de proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres. Al respecto se puede citar el Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1994; la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer, proclamada en diciembre de 1993 por la Asamblea General; las Resoluciones de la última Cumbre Internacional sobre la Mujer celebrada en Pekín en septiembre de 1995; la Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud declarando **la violencia como problema prioritario de salud pública** proclamada en 1996 por la **OMS**; el informe del Parlamento Europeo de julio de 1997; la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 1997; y la Declaración de 1999 como Año Europeo de Lucha Contra la Violencia de Género, entre otros. Más recientemente, la Decisión nº 803/2004/CE del Parlamento Europeo, por la que se aprueba un programa de acción comunitario (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre la infancia, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (programa Daphne II), ha fijado la posición y estrategia de los representantes de la ciudadanía de la Unión al respecto.

El Comité de Naciones Unidas para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW) observa la obligación de intervenir desde el ámbito sanitario:

*“(...) puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar la promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalario, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos contra las niñas y la prestación de los servicios sanitarios apropiados”.<sup>4</sup>*

El ámbito de la Ley Integral abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia donde principalmente se producen las agresiones, así como el principio de subsidiariedad en las Administraciones Públicas. La violencia de género se enfoca por la Ley de un modo integral y multidisciplinar, empezando por el proceso de socialización y educación. Proporciona por tanto una respuesta legal integral

---

<sup>4</sup> Recomendación general 24, Art.15 a.

que abarca tanto las normas procesales, creando nuevas instancias, como normas sustantivas penales y civiles, incluyendo la debida formación de los operadores sanitarios, policiales y jurídicos responsables de la obtención de pruebas y de la aplicación de la ley. Se establecen igualmente medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas, en coordinación con otras medidas de apoyo.

### **Artículos de la Ley Orgánica 1/2004 que implican específicamente al ámbito Sanitario**

Capítulo III. En el ámbito sanitario.

#### **Artículo 15.** Sensibilización y formación.

1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.

2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.

3. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.

4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

(...)

Título III. Tutela institucional.

#### **Artículo 32.** Planes de colaboración.

1. Los poderes públicos elaborarán planes de colaboración que garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad.

2. En desarrollo de dichos planes, se articularán protocolos de actuación que determinen los procedimientos que aseguren una actuación global e integral de las distintas

administraciones y servicios implicados, y que garanticen la actividad probatoria en los procesos que se sigan.

3. Las administraciones con competencias sanitarias promoverán la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Tales protocolos impulsarán las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla. Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos.

4. En las actuaciones previstas en este artículo se considerará de forma especial la situación de las mujeres que, por sus circunstancias personales y sociales puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad.

La **Ley 14/1986**, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud (SNS) concebido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias dentro de una concepción integral del sistema sanitario. Asimismo, la Ley creó el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** que es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, que realiza su labor en un contexto de fomento del consenso así como de la difusión de experiencias y aprendizaje mutuo.

#### **Ley Orgánica 1/2004. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.**

##### **Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.**

“En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una Comisión contra la violencia de género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la

aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia. La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial”.

La **Ley Orgánica 1/2004** de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, publicada en diciembre de 2004, establece en su capítulo III que esta Comisión prestará apoyo técnico y orientará la planificación de las medidas sanitarias. Además, evaluará y propondrá las actuaciones necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y de cualquier otra medida que se estime adecuada para contribuir a la erradicación de esta forma de violencia. También señala que: «*La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial*» (Art. 16).

Asimismo la Ley establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, promoverán las actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género. Y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer maltratada. Además, el Artículo 32.3 promueve la aplicación, la puesta al día, y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de actuación ante este problema.

En la sesión plenaria del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS)**, celebrada el día 22 de septiembre de 2004, el Pleno acuerda la creación de una Comisión contra la violencia de género, presidida por el Secretario General de Sanidad y de la que forman parte la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, representantes de cada Comunidad Autónoma, de la Secretaría General de Políticas de Igualdad y del Instituto de la Mujer, y actuando como Secretaria una persona representante del Observatorio de Salud de la Mujer. Esta Comisión, se gestó paralelamente al proyecto de Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

**En el seno de la Comisión se han creado los siguientes Grupos de trabajo** que comenzaron sus trabajos específicos en el segundo trimestre de 2006:

- Vigilancia epidemiológica: fuentes, indicadores, registros normalizados
- Protocolos asistenciales sanitarios
- Aspectos éticos y legales obligación denuncia/delito
- Evaluación de las actuaciones
- Formación de profesionales

En el grupo de trabajo sobre los Protocolos Asistenciales Sanitarios participa una representante del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Por último, el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están incluidos en el **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. En el apartado 6 del capítulo 6, referido a la atención y servicios específicos relativos a la mujer, se contempla la detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.

### **II.3. Contexto de actuaciones del Departamento de Sanidad y Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (SVS) respecto al maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico.**

Además de la producción normativa legal, en el ámbito de la coordinación en la CAPV se firma en 2001 el "**Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales**"<sup>5</sup>, impulsado y coordinado por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. A través de este acuerdo entraron en vigor los compromisos adquiridos en el **Protocolo Interinstitucional** suscrito el 25 de noviembre de 2000.

Rubricado por las máximas autoridades de la Comunidad Autónoma de Euskadi, el Acuerdo establece unos procedimientos homogéneos de actuación que mejoran la atención prestada a las afectadas por maltrato doméstico y agresiones sexuales, garantizando su protección integral en los ámbitos sanitario, policial, judicial y social.

---

<sup>5</sup> Al cierre de la Evaluación se encontraba en la última fase de tramitación administrativa el "**II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.**

Las Instituciones firmantes son:

- a. Tribunal Superior de Justicia del País Vasco;
- b. Gobierno Vasco;
- c. Diputaciones Forales de la CAPV: Álava; Bizkaia y Gipuzkoa
- d. Eudel/ Asociación de Municipios Vascos;
- e. Fiscalía;
- f. Consejo Vasco de la Abogacía;
- g. Consejo Médico Vasco.

El objetivo del Acuerdo es garantizar a las mujeres que sufren maltrato en el ámbito doméstico una asistencia lo más integral y coordinada posible en sus vertientes sanitaria, policial, judicial y social. Para ello, se establecen pautas y criterios de actuación que han de seguir las y los profesiones que intervienen en estos casos, y se articulan cauces estables de cooperación entre las instituciones implicadas. En el marco de este acuerdo se han desarrollado protocolos sectoriales para asegurar la correcta aplicación de la normativa vigente.

El Acuerdo, además de establecer unas **pautas de actuación homogéneas** en toda la Comunidad Autónoma de Euskadi, crea una **Comisión de Seguimiento** como órgano encargado del control y evaluación de su ejecución.

Entre las pautas de actuación en el ámbito sanitario que el Acuerdo Interinstitucional marca, figura que

*“(...) la actuación del personal sanitario ante una víctima de maltrato o de violencia sexual que acude o llega a un servicio sanitario, bien sea por urgencia, consulta de atención primaria o consulta de especialista, tanto en el ámbito privado como público, se ajustará a las pautas recogidas en el Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos publicado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco<sup>6</sup>.*

En este contexto, se envía a todos los centros sanitarios públicos y privados en diciembre de 2000 el **Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos, Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco (2000)** incluido en el marco del «Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales» (2001). El conocimiento y la cumplimentación de este Protocolo se ha venido analizando anualmente desde 2001 hasta 2005 mediante encuesta a todos los centros sanitarios con especial hincapié en urgencias de hospitales. A partir de 2005 se han incluido en la oferta preferente de la cartera de servicios indicadores que permiten valorar el grado de cumplimiento de dichas actuaciones.

---

<sup>6</sup> Pág. 19.

En el Protocolo se establecen los procedimientos a seguir en la CAPV antes las lesiones y daños psíquicos o de otro tipo, incluida la agresión sexual, producidos como consecuencia de situaciones de maltrato doméstico, así como una serie de recomendaciones para una mejor práctica clínica frente a estos casos, en el ámbito de la Atención Primaria, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría.

En él se recoge que:

*“La pauta de actuación del profesional sanitario debe ser, en primer lugar, la asistencia a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas de la víctima de una agresión que acude a consulta.*

*El inicio de esta actuación, al igual que cualquier otra actividad sanitaria, pasará por la apertura de la historia clínica correspondiente o la inscripción de los datos de la asistencia en la historia ya abierta.*

*Se hará una valoración médica del impacto y alcance de las lesiones y daños sufridos, dejándose constancia de los mismos en la historia”.*

En el mes de Septiembre de 2008 se ha actualizado el Protocolo de actuación con la publicación del **“Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el Ámbito Doméstico y la Violencia Sexual contra las Mujeres”** (En adelante Protocolo o Protocolo de Actuación), cuyo objetivo es el de *“establecer pautas comunes de actuación en la CAPV para asegurar una atención sanitaria integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico, de agresión o abuso sexuales que acuden a un centro sanitario”* facilitando al persona sanitario un árbol de decisiones/procedimientos que permitan recuperar la salud a la víctima y beneficiarse de los recursos sociales, además de permitir las actuaciones forenses y legales pertinentes.

En el ámbito de la CAPV es necesario destacar el desarrollo y avances obtenidos en la intervención social e institucional producida en materia de violencia contra las mujeres que se encuadran en el marco de:

- ↻ Los tres **Planes de Acción Positiva para las mujeres y el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres de la Comunidad Autónoma del País Vasco**, elaborados por Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer y aprobados por el Gobierno Vasco.
- ↻ Asimismo, se han elaborado protocolos específicos de índole sectorial, como el **Protocolo de coordinación para la eficacia de la Ley de medidas de protección integral contra la violencia de género y de la orden de protección**

**de las víctimas de violencia doméstica** suscrito en enero de 2007 por: el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, la Fiscalía, el Secretario de Gobierno, las Audiencias Provinciales, los y las Decanas, los Magistrados y Magistradas de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, el Departamento de Interior, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, los Colegios Profesionales de Abogados y Procuradores, las Policías Locales, los Servicios Sociales y el Departamento de Justicia. Este Protocolo se ha revelado como un instrumento de primera magnitud para la sistematización de los aspectos más relevantes de la ley así como para una eficaz coordinación entre todas las entidades implicadas.

El Departamento de Sanidad a su vez ha puesto en marcha el “**Programa Salud y Mujeres (2009-2012)**” que a lo largo del año analiza, propone y evalúa las actuaciones que lleva a cabo el propio Departamento y Osakidetza, en una serie de temas entre los que se halla también el de la Violencia de Género. Este programa se presentó públicamente el 20 de junio de 2008. El propósito del mismo es la eliminación de las diferencias evitables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, sufrir discapacidad o morir por causas prevenibles. Para que esto sea posible, se necesitan políticas concretas y específicas que, desde la consideración de la desigualdad de género como un determinante de la salud, incorporen -como recomienda la resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas-, cambios en las culturas de las organizaciones sanitarias, en la elaboración de políticas de salud, en su planificación, ejecución y evaluación.

Algunas de las actuaciones más relevantes de dicho programa son, entre otras:

**1. Aplicar la perspectiva de género a todos los proyectos de intervención en Salud Pública y en Atención Sanitaria.** El enfoque de género es necesario para alcanzar la excelencia asistencial y comienza a ser considerado un componente imprescindible de una Medicina científica. Un buen ejemplo de este esfuerzo es el apoyo a la elaboración de un documento de “Recomendaciones para evitar los sesgos de género en las Guías de Práctica Clínica”.

**2.- Lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres** para que el Sistema Sanitario participe más activamente en la lucha contra la lacra social que supone la violencia ejercida contra las mujeres por sus parejas o exparejas. Esta violencia es un atentado contra los derechos humanos pero también es un problema de salud pública. Por ello, los procesos de detección y de intervención en las consultas suponen un nuevo reto que requiere la actualización de protocolos que contemplan como prioritaria la detección precoz del maltrato.

## **CAPÍTULO III- ALCANCE DE LOS RECURSOS**

### **III.1. Descripción de los recursos existentes**

#### **III.1.1. Marco organizativo de la Salud Pública Vasca**

Osakidetza-Servicio vasco de salud es un Ente público de derecho privado, adscrito al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Tal como establece la ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, tiene personalidad jurídica propia, y plena capacidad de obrar, para el cumplimiento de su finalidad, que es la provisión de servicios sanitarios mediante las organizaciones públicas de servicios dependientes del mismo. Se compone de diversos colectivos profesionales y de diversos ámbitos de atención.

El territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi está dividido, de acuerdo con la situación socio-sanitaria, en tres demarcaciones geográficas -denominadas áreas de salud- que se corresponden a los tres territorios Históricos: Araba, Bizkaia y Gipuzkoa. En cada área se garantiza una adecuada ordenación de la atención primaria y su coordinación con la atención especializada. De este modo, los servicios sanitarios integrados en Osakidetza son los siguientes:

#### **1. Atención primaria:**

- 7 comarcas sanitarias:
  - Comarca de Araba.
  - Comarca de Bilbao.
  - Comarca de Ezkerraldea – Enkarterri.
  - Comarca de Gipuzkoa Este.
  - Comarca de Gipuzkoa Oeste.
  - Comarca del Interior.
  - Comarca de Uribe Costa.
- 131 unidades de atención primaria (UAP)
- 310 centros de salud.

#### **2. Atención hospitalaria:**

- 11 hospitales de agudos:
  - Área de Salud de Araba: Hospital de Santiago, Hospital de Txagorritxu.
  - Área de Salud de Gipuzkoa: Hospital del Alto Deba, Hospital de Bidasoa, Hospital de Donostia, Hospital de Mendaro y Hospital de Zumarraga.
  - Área de Salud de Bizkaia: Hospital de Basurto, Hospital de Cruces, Hospital de Galdakao – Usansolo y Hospital de San Eloy.

- 3 hospitales de media y larga estancia: Hospital de Leza, Hospital de Santa Marina y Hospital de Gorniz.

### 3. Salud mental:

- 5 servicios de psiquiatría integrados en hospitales de agudos:
  - Araba: Hospital de Santiago.
  - Gipuzkoa: Hospital de Donostia.
  - Bizkaia: Hospital de Basurto, Hospital de Cruces y Hospital de Galdakao – Usansolo.
- 4 hospitales psiquiátricos monográficos: Hospital psiquiátrico de Álava, Hospital psiquiátrico de Bermeo, Hospital psiquiátrico de Zaldibar y Hospital psiquiátrico de Zamudio.
- 3 áreas de salud mental extrahospitalaria (una en Araba, otra en Gipuzkoa y otra en Bizkaia), una de las cuales está integrada en un hospital psiquiátrico monográfico.

### 4. Otros:

- Organización Central: “La Organización Central de Administración y Gestión Corporativa” de Osakidetza.
- Emergencias: La organización de Osakidetza encargada de realizar la coordinación de urgencias y la asistencia sanitaria de emergencias en la CAV.
- Centro vasco de transfusión y tejidos humanos: La organización de Osakidetza que gestiona tanto las donaciones de sangre como las de órganos y tejidos humanos, para satisfacer las necesidades de la población.
- Osatek S.A: es una sociedad pública del Gobierno Vasco dependiente del Departamento de Sanidad, cuyas principales actividades son por un lado, la Gestión, administración y explotación de servicios de diagnóstico por imagen de tecnología puntera; y por otro lado, la Investigación y docencia en el régimen y condiciones que se determinen en el marco de la política sanitaria global de la comunidad autónoma de Euskadi.

### Mapa organización de servicios



Fuente: "Memoria 2008" elaborada por Osakidetza y el Departamento de Sanidad del G.V.  
(La información ha sido completada con datos extraídos de la página web de Osakidetza)

#### Unidades de gestión clínica

La gestión Clínica implica el uso de recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y las enfermas. El objetivo de ésta es ofrecer a los y las pacientes los mejores resultados clínicos posibles (*efectividad*), coincidiendo con la evidencia (*que hayan demostrado su capacidad para cambiar favorablemente el curso clínico de la enfermedad*), con los mínimos inconvenientes para el y la paciente, y con el menor coste posible (*eficiencia*).

La gestión Clínica traspasa el protagonismo a los y las profesionales, y con ello espera optimizar la calidad de la asistencia y controlar el gasto sanitario. Propone gestionar unidades asistenciales mediante el compromiso responsable de los y las profesionales en la consecución de objetivos. Implica descentralizar progresivamente la organización hospitalaria con vistas a dotar a las unidades asistenciales de autonomía suficiente para que los clínicos se responsabilicen de:

- Gestionar los recursos asignados a la unidad incrementando su eficiencia.
- Mejorar la calidad de la asistencia mediante la gestión de los procesos.
- Motivar a los miembros de la unidad y promover su desarrollo profesional.
- Fomentar el trabajo en equipo entre diferentes estamentos y especialidades.
- Promover su actualización continua.
- Posicionar competitivamente a la unidad en el contexto de la especialidad.

Descentralizar las organizaciones sanitarias implica trasladar progresivamente la capacidad de decisión del personal clínico, porque dispone de una información que le dota de capacidad de respuesta inmediata, incrementando así la capacidad resolutive de la institución y su eficiencia. El desarrollo de la Gestión Clínica requiere disponer de información actualizada sobre ciertos indicadores de gestión hospitalaria (estado de las listas de espera, consultas externas retrasadas, resultados clínicos, consumo de recursos, satisfacción de los pacientes...) con vistas a garantizar una respuesta ágil y eficaz ante problemas concretos, que permita mantener y mejorar los niveles de calidad ofertados.

En Atención Primaria de Osakidetza han funcionado bajo el régimen de contratos de Gestión Clínica las siguientes unidades:

Evaluación de los Recursos Sanitarios en materia de Maltrato Doméstico contra las Mujeres

Comarca ARABA	Comarca BILBAO	Comarca EZKERRALDEA - ENKARTERRIA	Comarca GIPUZKOA ESTE	Comarca GIPUZKOA OESTE	Comarca INTERIOR	Comarca URIBE COSTA
Abetxuko	Basurto	Abanto – Muskiz	Alza – Roteta	Alegia	Abadiño – Elorrio – Berriz	Algorta
Aranbizkarra I	Begoña	Balmaseda	Amara Berri	Andoain	Aiala	Astrabudua
Aranbizkarra II	Boluetza	Desierto	Amara Centro	Azkoitia	Amorebieta	Erandio
Casco Viejo (Vitoria)	Bombero Etxaniz	Güeñes	Beraun - Erreterria	Beasain	Arratia	Gorliz – Plentzia
Gazalbide	Casco Viejo (Bilbao)	La Paz	Bidebieta	Bergara	Arrigorriaga	Las Arenas
Iruña de la Oca	Deustu Arangoiti	Lutxana	Dumboa	Deba	Basauri – Ariz	Leioa
La Habana	Indautxu	Ortuella	Egia	Eibar	Basauri – Kareaga	Mungia
La Rioja	Javier Saenz de Buruaga	Portugalete Centro	Gros	Elgoibar	Bermeo	Sopelana
Lakua – Arriaga	Karmelo	Portugalete Repélega	Hernani – Urnieta – Astigarraga	Ermua	Durango	
Lakuabizkarra	Gazteleku	San Vicente	Hondarribia	Ibarra	Etxebarri	
Llanada Alavesa	La Merced	Santurtzi Kabiezes	Intxaurrondo	Legazpi	Galdakao	
Montaña Alavesa	La peña	Santurtzi Mamariga	Irun – Centro	Oñate	Gernika	
Norte – Legutiano	Otxarkoaga	Sestao Kuetto	Iztieta – Erreterria	Ordizia	Gernikaldea	
Norte – Zuya	Rekalde	Sestao Markonzaga	Lasarte – Usurbil	Tolosa	Lekeitio	
Olaguibel	San Adrián	Trapagaran	Lezo – San Juan	Torrekua	Llodio	
Olarizu	San Ignacio	Zaballa Cons.	Loyola	Villabona	Markina – Xemein	
San Martín	Santutxu - Solokoetxe	Zaballa C.S	Oiartzun	Zumarraga	Ondarroa	
Sansomendi	Txurdinaga	Zalla	Ondarreta			
Valles I	Zorroza	Zuazo	PAC Donostia			
Valles II	Zurbaran		Parte Vieja			
Zaramaga			Pasajes Ancho			
			Pasajes San Pedro			
			Zarautz – Orio – Aia			
			Zumaia – Zestoa - Getaria			

Fuente: “Memoria 2008” elaborada por Osakidetza y el Departamento de Sanidad del G.V

### III.1.2. Personal sanitario objeto de estudio

- ❑ **Personal de especialidades relevantes en la atención a pacientes víctimas de maltrato de los centros de Atención Primaria extrahospitalarios:** Medicina general o de Familia, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría, Traumatología, Pediatría, Enfermería, Trabajo Social, y otro personal no sanitario como es: el personal Gestor del Centro y el personal del Área de Atención a la Clientela.
- ❑ **Personal de especialidades relevantes de los centros hospitalarios:** Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Psicología, Psiquiatría, Traumatología, Medicina de Urgencia, Urgencias Traumatológicas, Enfermería, Trabajo Social, y otro personal no sanitario como es: el personal Gestor del Centro y el personal del Área de Atención a la Clientela.
- ❑ **Personal de especialidades relevantes de los centros de Salud Mental:** Psicología, Psiquiatría, Enfermería, Trabajo Social, y otro personal no sanitario como es: el personal Gestor del Centro y el personal del Área de Atención a la Clientela.

#### a. Atención Primaria Extrahospitalaria

Hay una premisa fundamental que es la sensibilización. Se debe tener claro que la violencia de género es un gran problema de salud. Hasta hace poco tiempo no era reconocido como tal si no iba acompañado de lesiones. Los y las profesionales de Atención Primaria deben conocer las situaciones de riesgo y vulnerabilidad, los indicadores de sospecha y, a través de la entrevista clínica, investigar la posibilidad de una situación de maltrato. Iniciando por lo tanto, la entrevista con las preguntas exploratorias de abordaje biopsicosocial, y de forma progresiva, llegando a la pregunta directa sobre el maltrato.

Actualmente en la Comunidad Autónoma del País Vasco hay un total de 343 centros extrahospitalarios de atención primaria: 6 ambulatorios, 152 consultorios, 148 Centros de Salud y 37 Servicios de Urgencia- PAC's. La mayor parte de estos centros están situados en la provincia de Bizkaia, en comparación con las otras dos provincias éste área sanitaria tiene la mayor cantidad de servicios lo que se corresponde con su peso poblacional, respecto al conjunto de la CAPV.

Tabla. 2

CENTROS DE SALUD (OSAKIDETZA)				
	CAPV	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
<b>Total Centros</b>	<b>343</b>	<b>64</b>	<b>187</b>	<b>92</b>
Ambulatorio	6	-	5	1
Consultorio	152	37	91	24
Centro de Salud	148	23	72	53
PAC Servicios de Urgencia.	37	4	19	14

Fuente: Tabla elaborada a partir de datos recogidos de la página web de Osakidetza ([www.osakidetza.euskadi.net](http://www.osakidetza.euskadi.net)) a 26/06/2009 (Los datos de los PAC o Servicios de Urgencias han sido extraídos de Eustat Año 2006)

Respecto al personal que compone los centros extrahospitalarios hay un total de 2.789 facultativos o facultativas que se distribuyen en diferentes especialidades, en el marco de esta evaluación se han tenido en cuenta las siguientes especialidades: **Medicina general** (1506 facultativos y facultativas en la CAPV) , **Obstetricia y Ginecología** (93), **Psiquiatría** (142) por ser las especialidades señaladas por el Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como el servicio al que más acuden las mujeres víctimas de malos tratos. Además de estas tres especialidades, se ha incluido la especialidad de **Traumatología** (127), por el papel que puede desempeñar dada la necesidad de recibir esta atención a causa de las lesiones provocadas por el maltrato físico y la de **Pediatría** (297) puesto que en hogares en las que se producen malos tratos hacia la mujer es muy alta la probabilidad de que se produzcan malos tratos infantiles. La identificación de estos hechos y la intervención puede ser uno de los medios más eficaces para prevenir tanto los malos tratos infantiles como la violencia doméstica hacia la mujer. Cabe destacar que los y las facultativas objeto de estudio en esta evaluación suponen aproximadamente el 78% (2165) del total de facultativos y facultativas con las que cuenta la Comunidad Autónoma del País Vasco. También se ha querido dirigir la atención a la especialidad de **Psicología** (78), al colectivo de **Enfermería - ATS / DUE** (2061), y al cuerpo de enfermería especializado en Ginecología y Obstetricia: **Matronería** (143).

Dentro de la categoría de “Otro personal sanitario” se incluye a los trabajadores y las trabajadoras sociales que prestan sus servicios en los centros de salud extrahospitalaria y que suman 73 personas en la CAPV.

Tabla. 3

PERSONAL EXTRAHOSPITALARIO 2006				
	CAPV	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Medicina General	1506	216	819	471
Traumatología	127	13	66	48
Ginecología	93	10	49	34
Psiquiatría	142	19	74	49
Pediatría	297	47	159	91
Enfermería - ATS / DUE	2061	284	1147	630
Psicología	78	12	43	23
Matronería	143	15	72	56
Trabajo Social	73	12	37	24

Fuente: Tabla elaborada a partir de datos recogidos en el Eustat. (Año 2006)

### b. Atención Hospitalaria

Los Hospitales en la CAPV se clasifican en Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Psiquiátricos. Se tendrán en cuenta los hospitales de agudos, puesto que tanto los de media y larga estancia como los psiquiátricos tienen un tipo de atención centrada en problemáticas concretas. Los hospitales de agudos suman un total de 11 distribuidos entre los hospitales generales y los comárcales.

El área sanitaria con mayor presencia de hospitales es la de Gipuzkoa, debido a que tiene 4 Hospitales Comárcales y 1 Hospital General. En segundo lugar, se encuentra Bizkaia que suma 4, tres de ellos son Hospitales Generales y uno Comarcal. Araba al contrario de sus otras 2 provincias vecinas, es el área sanitaria con menor número de Hospitales agudos, ya que tiene 2 y son Generales.

Tabla. 4

HOSPITALES (OSAKIDETZA)				
	CAPV	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
<b>Total Hospitales Agudos</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Hospitales Generales	6	2	3	1
Hospitales Comarcales	5	-	1	4

Fuente: Tabla elaborada a partir de datos recogidos de la página web de Osakidetza; [www.osakidetza.euskadi.net](http://www.osakidetza.euskadi.net) (última modificación de los datos 29/04/2009)

Dentro de las especialidades médicas que se pueden encontrar en los hospitales de agudos destacamos, al igual que en la atención primaria extrahospitalaria: **Traumatología** (la CAPV cuenta con 191 de estos especialistas), **Obstetricia y Ginecología** (hay un total de 174 en toda la Comunidad Autónoma Vasca), **Psiquiatría** (99) y **Pediatría** (144). En el caso de los hospitales, no hay la especialidad de medicina general, pero sí se incluye la atención de **Urgencia**, no menos importante que las 4 anteriores, ya que en esta especialidad desarrollan su trabajo 214 médicos y médicas en toda la comunidad autónoma. Referente a otras funciones dentro de los servicios hospitalarios, se ha creído interesante incluir al cuerpo de **enfermería**, y a **los Trabajadores y las Trabajadoras sociales** que desempeñan sus funciones en el marco hospitalario.

Tabla. 5

PERSONAL HOSPITALARIO 2007 (ÁMBITO PÚBLICO)				
	CAPV	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
<b>Total de Facultativos</b>	<b>822</b>	<b>146</b>	<b>404</b>	<b>272</b>
Traumatología	191	31	94	66
Obstetricia y Ginecología	174	29	75	70
Psiquiatría	99	18	67	14
Urgencias	214	43	93	78
Pediatría	144	25	75	44
<b>Total Enfermería</b>	<b>5064</b>	<b>889</b>	<b>2692</b>	<b>1483</b>
<b>Total Trabajo Social</b>	<b>34</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>5</b>

Fuente: Tabla elaborada a partir de datos recogidos en el Eustat.(Año 2007)

Nota: Los y las matronas pueden desempeñar una labor fundamental a la hora de prestar atención a las mujeres con el fin de detectar situaciones de malos tratos. Creemos interesante incluir a este colectivo que trabaja tanto en la atención hospitalaria como en atención primaria. No se disponen datos sobre la distribución de este colectivo en la red hospitalaria. Únicamente, a través de la Memoria del 2008 se conoce que actualmente en toda la CAPV suman un total de 278 personas.

### c. Atención Salud Mental Extrahospitalaria

La Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental es un conjunto de servicios y organizaciones de servicios hospitalarios y extrahospitalarios perteneciente al Ente Público de Derecho Privado Osakidetza. Su finalidad es la asistencia a las necesidades sanitarias y psicosociales de las personas que padecen trastornos mentales y la colaboración en la promoción de la salud mental en la población general de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dentro de la atención especializada de Osakidetza constituye un modelo con especificidades propias por la variedad de los dispositivos hospitalarios, no hospitalarios e intermedios utilizados y el amplio uso de recursos comunitarios no sanitarios.

La atención que se presta en los centros de salud mental extrahospitalaria, se divide en función del tipo de programas que desarrolla: de carácter General, Infanto- Juvenil, Tóxicos,

Alcohol y Metadona. La presente evaluación se ha centrado en los centros **extrahospitalarios de carácter general** por la labor de detección y tratamiento de casos de mujeres víctimas de malos tratos que pueden realizar.

Por tanto, para abordar la atención a la Salud Mental extrahospitalaria que se proporciona a las mujeres víctimas de maltrato doméstico, la evaluación se ha centrado en la atención recibida en:

**Tabla. 6**

<b>CENTROS DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA (OSAKIDETZA) ATENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL</b>							
	<b>ARABA</b> Tot.= 4	<b>BIZKAIA</b> Total = 20				<b>GIPUZKOA</b> Total = 11	
CAPV	Comarca ARABA	Comarca BILBAO	Comarca EZKERRALDEA ENKARTERRIA	Comarca INTERIOR	Comarca URIBE COSTA	Comarca GIPUZKOA ESTE	Comarca GIPUZKOA OESTE
35	4	4	6	7	3	5	6

Fuente: Tabla elaborada a partir de datos recogidos de: 1- "Plan Estratégico S. Mental y A. Psiquiátrica Extrahospitalaria Bizkaia 2005 – 2009"; 2- página web de Osakidetza – Hospital psiquiátrico de Alava y de [www.saludmentalalava.org](http://www.saludmentalalava.org); - [www.osanet.euskadi.net](http://www.osanet.euskadi.net) y [www.gazteukera.euskadi.net](http://www.gazteukera.euskadi.net) (última fecha de modificación de todos los datos: 16/07/2008)

La Comunidad Autónoma Vasca cuenta con un total de 35 Centros de Salud Mental (CSM) que ofrecen un servicio de atención general a sus usuarios y usuarias. En Bizkaia hay un total de 20 CSM repartidos en gran parte entre la comarca sanitaria de Ezkerraldea – Enkarterria y la comarca Interior. Gipuzkoa por su parte dispone de un total de 11 CSM situados entre la comarca de Gipuzkoa Este (5) y la comarca de Gipuzkoa Oeste (6). Por último Araba pone en su comarca a disposición de sus habitantes 4 Centros de Salud Mental.

## Centros de Salud Mental de Carácter general en la CAPV:

### CSM de Araba:

- CSM Aranbizkarra II
- CSM Gasteiz – Centro
- CSM Lakuabizkarra
- CSM San Martín.

### CSM de Bizkaia

#### ▪ Comarca Bilbao:

- CSM Bombero Etxaniz
- CSM Ercilla
- CSM Ajuriaguerra.
- CSM Otxarkoaga
- Comarca Ezkerraldea – Enkarterri:
- CSM Barakaldo (la felicidad)
- CSM Sestao
- CSM Ortuella
- CSM Zalla
- CSM Herribitarte (Portugalete)
- CSM Santurtzi

#### ▪ Comarca Interior:

- CSM Aiala – Llodio
- CSM Basauri (ambulatorio)
- CSM Basauri (Gaztela)
- CSM Galdakao
- CSM Durango.
- CSM Gernika
- CSM Bermeo
- Comarca Uribe Costa:
- CSM Algorta (Uribe adultos)
- CSM Erandio
- CSM Derio.

### CSM de Gipuzkoa:

#### ▪ Comarca Gipuzkoa Este:

- CSM Renteria
- CSM Donostia Este (amb. de Gros)
- CSM Zarautz.
- CSM Donostia Oeste.
- CSM Irun.

#### ▪ Comarca de Gipuzkoa Oeste:

- CSM Arrasate
- CSM Zumarraga
- CSM Eibar
- CSM Beasain
- CSM Azpeitia
- CSM Andoain

### III.1.3. Recursos formativos específicos. Características de las acciones de formación desarrolladas

#### a. Perfil asistentes

El perfil profesional de las personas asistentes a las acciones formativas, sobre violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico, desarrolladas durante los años 2006-2008, corresponde fundamentalmente a profesionales de medicina, enfermería y matronería del ámbito de Atención Primaria, Puntos de Atención Continuada y Servicios de Urgencias Hospitalarias, y a personal gestor y directivo de Comarcas y Hospitales de la Red Sanitaria Pública.

Durante estos tres años se han formado un total de 605 profesionales, de ellos y ellas el 42% se formó durante el año 2006, el 34% en el año 2007 y finalmente en el año 2008 se ha formado el 24%.

Atendiendo a la distribución por sexos del personal asistente a los cursos se observa que mayoritariamente son mujeres las profesionales sanitarias que se forman en materia de violencia en el ámbito doméstico, ya que el 80% de las asistentes son mujeres.

**Tabla 7. Número de asistentes desagregado por sexo.**

Año	Sexo	Asistentes
2006	Mujeres	202
	Hombres	51
	<b>Total</b>	<b>253</b>
2007	Mujeres	162
	Hombres	44
	<b>Total</b>	<b>206</b>
2008	Mujeres	137
	Hombres	44
	<b>Total</b>	<b>181</b>

### b. Duración de las acciones formativas

A medida que se han ido implementando las acciones formativas se ha incrementado la duración de dichas acciones; en el año 2006 la duración de los cursos tenía una duración mínima de hora y media y como máximo se extendían hasta las cinco horas. En el año 2007 se incrementó la duración mínima hasta las cinco horas y la máxima hasta siete horas. Finalmente en el año 2008 se ha incrementado la duración de las acciones formativas hasta ocho horas.

**Tabla 8. Duración de las acciones formativas.**

Año	Horas	Nº Cursos	Asistentes
2006	90 minutos	8	113
	4 horas	2	40
	5 horas	4	100
2007	5 horas	5	80
	7 horas	7	126
2008	5 horas	3	75
	7 horas	1	94
	8 horas	1	12

### c. Contenidos

La amplitud de los temas tratados en los cursos de formación depende de la duración de los mismos. En todos los casos se presenta el Protocolo de Atención Sanitaria ante los Malos Tratos o la Violencia Sexual contra las mujeres, con el objetivo de lograr su aplicación efectiva en el ámbito sanitario de la CAPV. Para el diseño de los programas formativos para profesionales relacionados con la salud se siguen los criterios de calidad establecidos en el Sistema Nacional de Salud.

Otros aspectos tratados:

- **Introducción a la violencia de género y conceptos básicos**
  - ⇒ Tipos de violencia - Definiciones

- ⇒ Etapas de la violencia - Ciclo de la violencia
- **Etiología de la violencia**
  - ⇒ La construcción cultural del género:
  - ⇒ El sexismo
  - ⇒ Las relaciones familiares y el género
  - ⇒ Algunos mitos y realidades
- **Magnitud y análisis de la violencia de género**
  - ⇒ La magnitud y evolución de la violencia de género.
  - ⇒ Análisis de los principales elementos y circunstancias de los casos de homicidios de mujeres cometidos por sus parejas o exparejas:
    - Homicidios de mujeres cometidos por sus parejas y exparejas.
    - El agresor en la violencia de género.
    - Víctimas de la violencia de género.
    - Tipo de relación entre los agresores homicidas y las víctimas.
- **La violencia de género: Un problema de salud**
  - ⇒ Repercusiones de la violencia de género sobre la salud de las mujeres.
  - ⇒ Síndromes de la mujer maltratada: Estocolmo doméstico - Indefensión aprendida - Estrés postraumático.
- **El papel del personal de salud ante la violencia de género**
  - ⇒ Pautas de detección del maltrato en la asistencia sanitaria.
  - ⇒ Atención a mujeres que viven situaciones de violencia desde los servicios sanitarios.
  - ⇒ Formas de intervención.
- **Protocolos de actuación**
  - ⇒ Protocolo Sanitario de la CAPV
  - ⇒ Alguna experiencia de buena práctica clínica
- **El parte de lesiones y las cuestiones ético-legales**
  - ⇒ Mitos y realidades sobre la obligación de comunicar un posible delito.
  - ⇒ Confidencialidad.
- **La necesaria coordinación interinstitucional**
  - ⇒ Acuerdo Interinstitucional para la mejora a la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales.
  - ⇒ Recursos de la CAPV.
- **Sensibilización y formación en el ámbito sanitario**
  - ⇒ Necesidades formativas.
  - ⇒ Contenidos a desarrollar.
  - ⇒ Experiencias ejemplarizantes.

#### d. Presupuesto formación

Las cuantías destinadas a la formación en la siguiente tabla contemplan únicamente el pago a docentes y organización de la formación, quedando excluidas las cuantías derivadas de las posibles sustituciones de personal o la falta de actividad asistencial u otras durante este tiempo.

El importe total destinado a la formación durante el último trienio asciende a 30.000€. Las partidas presupuestarias anuales han ido incrementándose, así al año 2008 le corresponde el gasto del 50% de la cantidad total destinada a la formación en el trienio estudiado.

**Tabla 9.Presupuesto Formación**

PRESUPUESTO FORMACIÓN	2006	2007	2008
Total	6.000 €	9.000 €	15.000 €

### III.1.4. Recursos de información: registro datos, difusión del Protocolo Sanitario

#### a. Bases de datos para la recogida de información de los casos de VCM.

El registro de casos de Violencia contra la Mujer se realiza:

- A nivel de Atención Primaria por las y los propios profesionales facultativos de los Centros de Salud mediante su registro informatizado en Osabide en la propia consulta.
- A nivel de Atención Especializada por personal dedicado específicamente a ello, a partir del alta del Servicio de Urgencias y Emergencias.

En ambos casos se asigna alguno de los códigos CIE9 relacionados con el Maltrato en Personas Adultas. Los códigos utilizados para su registro son los siguientes:

**Tabla 10. Códigos CIE9**

<u>Código</u>	<u>Título</u>
995.80	Malos tratos a adultos sin especificar
995.81	Síndrome del adulto maltratado
995.82	Malos tratos psicológicos/emocionales a adultos
995.83	Violaciones a adultos
995.84	Abandono de adultos (alimenticio)
995.85	Otros malos tratos y abandonos de adultos
V15.41	Historia personal de malos tratos físicos
V15.42	Historia personal de malos tratos emocionales
V15.49	Otros (trauma psicológico)
V61.11	Asesoramiento a las víctimas de malos tratos por parte del cónyuge o pareja
V71.81	Malos tratos y abandono

#### b. Acciones de difusión del Protocolo Sanitario ante el Maltrato ejercido contra las Mujeres en el Ámbito Doméstico

La difusión del Protocolo se ha realizado:

- A través de los Servicios Centrales de Osakidetza, por correo interno a todas las Comarcas Sanitarias y Direcciones Hospitalarias de la Red Sanitaria Pública. Desde estos puntos se ha realizado la distribución a Centros de Salud, PAC y Servicios de Urgencias Hospitalarias.
- A través del propio Departamento de Sanidad a todos los Hospitales y Clínicas de la Red Sanitaria Privada.
- En múltiples centros y servicios se ha realizado una Sesión Técnica para la presentación del Protocolo.

Para la aclaración de cualquier duda se dispone de una persona de contacto del propio Departamento.

#### III.1.5. Recursos de traducción.

Existe servicio de traducción simultánea, real, homologada y presencial vía telefónica en cinco hospitales de la red pública, siendo cincuenta las lenguas posibles de traducción en franja horaria de 8.00 a 22.00h., y árabe, chino y rumano las 24 horas. Los idiomas francés e inglés quedan cubiertos las 24 horas por el propio personal de los hospitales. En los

demás hospitales y Atención Primaria existen distintas iniciativas, que giran en torno al establecimiento de colaboraciones con Asociaciones de personas migrantes de distintas procedencias, con Servicios de Bienestar Social de Ayuntamientos o con otros colectivos.

### **III.2. Actividad de los recursos**

Respecto a los datos de actividad de los recursos se ha centrado la atención en los casos de sospechas registrados y los partes de lesiones remitidos al juzgado. Se dispone información de la Red Hospitalaria y Atención Primaria. De salud mental no se disponen de datos.

Los datos que aparecen en Red Hospitalaria 2006 en los tres Territorios Históricos son datos acumulados, ya que corresponden al período comprendido entre el 1 de julio de 2005 y el 31 de diciembre de 2006. Por otra parte señalar que, en este mismo período, hay un infrarregistro de casos declarados o sospechas a nivel hospitalario ya que la aplicación informática de Hospitales no permitía recuperar este dato. A partir de esta fecha, y por asignación de personal específico para la recuperación de información en cuanto a los diagnósticos realizados desde los Servicios de Urgencias y Emergencias Hospitalarias, los casos de violencia son registrados como tales mediante la asignación de alguno de los códigos CIE9 utilizados para ello.

Con referencia a los datos reflejados en Atención Primaria indicar que éstos corresponden a todos los casos registrados, ya sean sospechas o casos remitidos al Juzgado con Parte de Lesiones.

Atendiendo a los datos se observa que el número de partes de lesiones remitidos al juzgado se ha duplicado desde el año 2006. Remitiéndose el 70% de los partes desde la Red Hospitalaria bizkaína, el 20% desde la alavesa y el 10% restante desde la gipuzkoana.

Los casos registrados en la Atención Primaria se han incrementado en menor medida. Bizkaia es el Territorio Histórico que concentra el 53% de los partes de lesiones remitidos y de sospechas registradas en la Atención Primaria de la CAPV en el último trienio. Siendo registrado el 35% en Gipuzkoa y el 12% en Álava.

**Tabla 11. Partes de lesiones remitidos al juzgado**

		2006	2007	2008
<b>BIZKAIA</b>	Atención Primaria	112	133	125
	Red Hospitalaria	175	295	328
<b>GIPUZKOA</b>	Atención Primaria	69	82	92
	Red Hospitalaria	33	30	51
<b>ÁLAVA</b>	Atención Primaria	22	33	29
	Red Hospitalaria	11	120	91
<b>CAPV</b>	Atención Primaria	<b>203</b>	<b>248</b>	<b>246</b>
	Red Hospitalaria	<b>219</b>	<b>445</b>	<b>470</b>

Respecto a la información registrada por la Red Hospitalaria se cuenta con el dato desagregado de sospechas de casos registrados de mujeres víctimas de violencia y de los partes de lesiones. La información que se muestra a continuación se refiere al número de sospechas registradas por la Red Hospitalaria de casos de Violencia ejercida contra las Mujeres en el ámbito Doméstico.

Es bajo el número registrado de sospechas de casos de VCM, aunque en el caso de Bizkaia se produce un gran incremento en el año 2008: pasa de 2 casos en el 2007 a 274 en el 2008. En Álava se han registrado 37 casos en los últimos tres años y en Gipuzkoa 9 en los últimos dos.

**Tabla 12. Sospechas de casos registrados de mujeres víctimas de VCM en la Red Hospitalaria**

	2006	2007	2008
<b>BIZKAIA</b>	--	2	274
<b>GIPUZKOA</b>	--	7	2
<b>ÁLAVA</b>	10	4	23

## **CAPÍTULO IV – VISIÓN DE PROFESIONALES DE LA SANIDAD. ANÁLISIS DELPHI**

### **IV. 1. Implementación de la técnica Delphi**

La técnica Delphi, para la recogida de información en relación a la actuación sanitaria en la atención a la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico, se ha estructurado a través de dos instancias de circulación y de respuesta de los cuestionarios. A continuación se presentan los detalles de la implementación:

#### **1ª RONDA**

El formulario correspondiente a la primera ronda es el más extenso<sup>7</sup> y ha provisto la mayor parte de la información sobre la que posteriormente se ha realizado un diagnóstico sobre la situación presente, la previsible y la deseable por parte de las personas expertas participantes.

Se articula en torno a seis capítulos temáticos, que conjuntamente intentan provocar la reflexión del panel de expertos y expertas, respecto a las tendencias actuales y futuras más relevantes de la atención sanitaria a las pacientes víctimas de maltrato en el ámbito familiar.

Los capítulos abordan las siguientes temáticas:

1. El papel del Sistema Sanitario ante el maltrato doméstico contra las mujeres.
2. Formación especializada en materia de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico.
3. Modelo de intervención y actuación sanitaria ante el maltrato ejercido contra las mujeres en el ámbito doméstico.
4. Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres (Difusión, Conocimiento y Aplicación).
5. Recursos personales y materiales. Cobertura del servicio.
6. Coordinación intra e interinstitucional.

El cuestionario se conforma por dos tipos básicos de preguntas:

---

<sup>7</sup> Se adjunta como anexo I

- Las preguntas abiertas, que habilitan un espacio para rellenar con aquellas consideraciones que se estimen oportunas.
- Preguntas cerradas en las que se le solicita que marque en la casilla un número dentro de un rango establecido (1 a 9).

Como ya se ha señalado el cuestionario se divide en seis apartados y cada uno de ellos, a su vez, está dividido en tres:

### I- Construcción de escenarios

El objetivo es describir el **escenario de trabajo actual** de la atención sanitaria a mujeres víctimas de maltrato doméstico y el **escenario futuro** de esta atención. Respecto al escenario futuro, a cuatro años vista, interesa recoger tanto los **deseos**- lo que a la persona experta consultada le gustaría que ocurriese- como los **pronósticos**- lo que el o la panelista realmente piensa que ocurrirá.

Para ello se solicita que realice una valoración de los diferentes escenarios propuestos desde tres puntos de vista:

- **ACTUALIDAD**: se refiere a lo que en la actualidad está teniendo lugar en la Sanidad Pública Vasca.
- **PRONÓSTICO** de que dicha afirmación ocurra, si cree que va a ocurrir o no el escenario propuesto. Cuando se trata de pronosticar un acontecimiento nadie sabe lo que ocurrirá a ciencia cierta; pero sí puede tener presunciones más o menos sólidas basadas en argumentos o razones. Se solicitaba utilizar dichos argumentos o razones como base para efectuar los pronósticos.
- **DESEO** de que dicha afirmación ocurra, si le gustaría o no a la persona experta que se diese el escenario propuesto en el futuro.

### II-Áreas de mejora.

El planteamiento de las preguntas es abierto con el fin de que se pueda aportar toda aquella información sobre las áreas de mejora que desde la experiencia o conocimiento el o la panelista detecte.

### III-Acciones de mejora.

Este apartado combina preguntas cerradas con abiertas. Por un lado, se valora el grado de pertinencia, factibilidad y capacidad de una serie de recomendaciones específicas que se proponen para mejorar la atención de la problemática desde el sistema sanitario, entendiendo por pertinencia, factibilidad y capacidad:

- **PERTINENCIA**: La medida en que considere que la propuesta debe de ser relevante dentro de la agenda sanitaria para la mejora de la atención a la problemática de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico.
- **FACTIBILIDAD**: Oportunidad de que la medida se materialice y se desarrolle en el ámbito sanitario, teniendo en cuenta los posibles tipos de factores inhibidores y facilitadores para la aplicación de esta medida.
- **CAPACIDAD**: Responsabilidad y autonomía del Departamento de Sanidad para la puesta en marcha de las iniciativas.

Por otro, a través de la formulación de una pregunta abierta se han recogido aquellas acciones de mejora relacionadas con los diferentes ámbitos de análisis que los y las panelistas han estimado oportunas. Tras realizar el análisis de las mismas se han recodificado aquellas de mayor relevancia para su contraste en la segunda ronda de consulta.

#### 2ª RONDA

Una vez analizadas las respuestas del conjunto de panelistas al primer cuestionario, se remitió un segundo cuestionario más breve a cumplimentar con un doble objetivo:

- **Consensuar** el posicionamiento de las personas expertas que componen el panel respecto a las preguntas incluidas en la primera ronda. Para ello se ha remitido un cuestionario personalizado que únicamente contenía aquellos ítems en los que el o la panelista manifestara una posición diferenciada con la posición media del conjunto del panel. Con el objetivo de que, teniendo en cuenta esta información sobre el posicionamiento del resto del grupo, él o la persona consultada pudiera modular el suyo en el caso de que lo estimara oportuno.

- La identificación de aspectos de mejora respecto a la atención prestada desde el ámbito sanitario a las mujeres víctimas de maltrato. En este cuestionario hay espacio para que, a partir del análisis de la primera ronda de respuestas y de la experiencia, pueda posicionarse respecto a aquellas acciones de mejora que se sugieran, además de abrir un espacio para que las personas consultadas puedan realizar las que consideren oportunas, realizando una valoración sobre su pertinencia, factibilidad y capacidad.

Tras el análisis de las posturas manifestadas durante la Primera Ronda se puso de manifiesto que existían algunos aspectos en los que se había logrado un sólido consenso (determinado en aquellas variables en las que la diferencia entre el Percentil 25 y el Percentil 75 no superaba los dos puntos y medio) con lo que no fue necesario volver a posicionarse sobre dichos items en la Segunda Ronda y no se incluyeron en el segundo cuestionario.

Para la segunda recogida de la información se presentó un cuestionario con los datos acerca de la **concentración y dispersión** de las respuestas colectivas de pronóstico de la fase anterior -expresadas a través de la **mediana**- con indicación personalizada de cuál fue la **opción de respuesta** por la que optó él o la panelista, pidiéndole que la **ratificase o la modificase**.

Para comprender el significado de la Segunda Ronda es necesario hacer una aclaración: El método Delphi intenta llegar a pronósticos lo más consensuados posibles a través del intercambio de razones y argumentos; sin embargo, ello no debe conducir a la persona consultada a que se sienta en la obligación de plegarse a las respuestas mayoritarias. Sólo si las respuestas mayoritarias le convencen debe modificar su respuesta.

Se ha dotado a cada participante con un **número de identificación** con el fin de garantizar el anonimato en la realización del análisis estadístico y durante el proceso.

A continuación se aporta una tabla resumen del itinerario seguido para la recogida de información a través de la técnica Delphi.

Tabla 13. Itinerario Delphi

ITINERARIO DELPHI				
	1ª RONDA		2ª RONDA	
	Tipología preguntas	Análisis	Tipología preguntas	Análisis
Construcción Escenarios	Preguntas <b>cerradas</b> para realizar un diagnóstico sobre la situación presente, futura y deseable	<b>CONSENSO (FIN)</b>	Preguntas en las que no se ha logrado el consenso esperado: Rango entre P.75-P.25 $\geq 2.5$	<b>CONSENSO</b>
		<b>NO CONSENSO</b>		<b>NO CONSENSO</b>
Acciones de mejora	Preguntas <b>cerradas</b> , sobre actuaciones que mejorarían la atención sanitaria de la problemática	<b>CONSENSO (FIN)</b>	Preguntas en las que no se ha logrado el consenso esperado: Rango entre P.75-P.25 $\geq 2.5$	<b>CONSENSO</b>
		<b>NO CONSENSO</b>		<b>NO CONSENSO</b>
	Preguntas <b>abiertas</b> para la realización de aportaciones	Recodificación acciones de mejora detectadas por panelistas	Preguntas cerradas con codificaciones de las aportaciones realizadas por panelistas en la 1ª Ronda.	<b>CONSENSO</b>
				<b>NO CONSENSO</b>

#### IV.2. Perfil participantes

Para realizar la selección de las personas del panel de expertos y expertas, se han realizado tres subdivisiones en función del Centro en el que prestan atención: Centros de Atención Primaria, Hospitales de agudos y Salud Mental. Además, se ha contado con la opinión de Personal gestor de la Administración Central de Osakidetza/SVS.

A continuación se reflejan diferentes perfiles profesionales seleccionados:

☞ Centros de Atención Primaria especialidades estratificadas por Comarca Sanitaria:

- Jefatura de Unidad de Atención primaria
- Medicina de Familia
- Ginecología
- Matronería
- Traumatología
- Pediatría
- Enfermería

☞ Atención Hospitalaria especialidades estratificadas por Territorio Histórico:

- |                             |                  |
|-----------------------------|------------------|
| - Gerencia Hospitales       | - Urgencias      |
| - Pediatría                 | - Traumatología  |
| - Obstetricia y ginecología | - Enfermería     |
| - Matronería                | - Trabajo social |

☞ Centros de Salud Mental estratificadas por Territorio Histórico:

- Psicología Clínica

☞ Gestión Administración Central:

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| - Representante del Programa Salud y Mujer              | - Representante Política de Calidad |
| - Responsable Salud Mental Extrahospitalaria            | - R. Política de Formación          |
| - Representante Política de Formación                   | - Asesoría de Enfermería            |
| - Responsable Política de Recursos Humanos              | - R. Sistema de Gestión de Datos    |
| - Responsable Unidad de Investigación Atención Primaria |                                     |

Respecto a las especialidades destaca el bajo nivel de participación por parte de los y las pediatras y el personal facultativo de traumatología. La razón mayoritaria por parte de los y las pediatras que han rehusado participar es que no creen que su especialidad se vea especialmente implicada en el tema de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico.

En el caso del personal facultativo de traumatología que ha rechazado participar en el estudio ha argumentado, en alguno de los casos para declinar la invitación a participar, la escasez de casos de violencia ejercida contra las mujeres en los que han tenido que intervenir en su larga carrera profesional. Esto hace que personas que argumentan esta razón puedan estar visualizando los casos de maltrato contra la mujer en el ámbito doméstico como de violencia extrema en los que hay que intervenir de urgencia, y puede darse el caso de que no estén contemplando la posibilidad de que “un brazo roto”, que se atiende en consulta, pueda llegar a ser un caso encubierto de violencia ejercida contra la mujer en el que haya que hacer una intervención dirigida a la detección de la problemática.

A continuación, en las tablas de numeración par, se observan los perfiles seleccionados y en las impares el perfil de las personas que han participado.

Tabla 14. Centros Atención Primaria.

CENTROS ATENCIÓN PRIMARIA (COMARCAS SANITARIAS)								
	C. Uribe-Costa	C. Bilbao	C. Interior	C. Ezkerrald. Enkarrari	C. Araba	C. Gipuzkoa Este	C. Gipuzkoa Oeste	Total
<i>Jefatura de Unidad de AP</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Medicina de Familia</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Pediatría</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Traumatología</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Ginecología</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Enfermería</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Matronería</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>49</b>

Tabla 15. Participantes Centros Atención Primaria.

PARTICIPANTES CENTROS ATENCIÓN PRIMARIA (COMARCAS SANITARIAS)								
	C. Uribe-Costa	C. Bilbao	C. Interior	C. Ezkerrald. Enkarrari	C. Araba	C. Gipuzkoa Este	C. Gipuzkoa Oeste	Total
<i>Jefatura de Unidad de AP</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Medicina de Familia</i>	0	1	1	1	1	0	1	5
<i>Pediatría</i>	0	1	1	0	1	0	0	3
<i>Traumatología</i>	0	0	1	0	0	0	1	2
<i>Obstetricia y ginecología</i>	1	0	1	0	0	0	0	2
<i>Enfermería</i>	1	1	1	1	1	0	0	5
<i>Matronería</i>	1	1	1	1	0	0	0	4
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>28</b>

Tabla 16. Centros Hospitalarios.

PERSONAL HOSPITALARIO				
	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Total
Gerencia	1	1	1	3
Pediatría	1	1	1	3
Traumatología	1	1	1	3
Obstetricia y ginecología	1	1	1	3
Urgencias	1	1	1	3
Enfermería	1	1	1	3
Matronas	1	1	1	3
Trabajo Social	1	1	1	3
Psicología Clínica	2	1	2	5
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>29</b>

Tabla 17. Participantes Centros Hospitalarios.

PARTICIPANTES PERSONAL HOSPITALARIO				
	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Total
Gerencia	0	1	0	1
Pediatría	0	0	0	0
Traumatología	0	0	0	0
Obstetricia y ginecología	0	1	1	2
Urgencias	1	1	1	3
Enfermería	0	1	0	1
Matronas	0	1	1	2
Trabajo Social	1	1	1	3
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

Tabla 18. Centros Salud Mental.

PERSONAL SALUD MENTAL				
	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Total
Psicología Clínica	1	1	1	3

Tabla 19. Participantes Centros Salud Mental.

PARTICIPANTES PERSONAL SALUD MENTAL				
	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Total
Psicología Clínica	1	1	0	2

Tabla 19. Administración Central

ADMINISTRACIÓN CENTRAL	
Representantes	Total
Programa Salud y Mujeres	1
Salud Mental Extrahospitalaria	1
Asesoría de Enfermería	1
Política de Formación	1
Política de Calidad	1
Política de Recursos Humanos	1
Sistema de Gestión de Datos	1
Unidad de Investigación	1
<b>Total</b>	<b>8</b>

Tabla 20. Participantes Administración Central

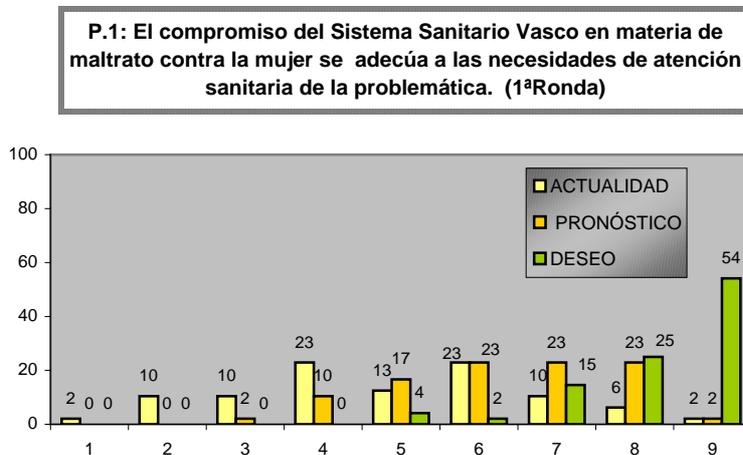
PARTICIPANTES ADM. CENTRAL	
Representantes	Total
Programa Salud y Mujeres	1
Salud Mental Extrahospitalaria	1
Asesoría de Enfermería	1
Política de Formación	0
Política de Calidad	0
Política de Recursos Humanos	1
Sistema de Gestión de Datos	1
Unidad de Investigación	1
<b>Total</b>	<b>6</b>

**IV.3. La visión de los y las profesionales sanitarias sobre la atención sanitaria a pacientes víctimas de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico.**

Para el análisis de la información proporcionada por panelistas se ha realizado un análisis estadístico descriptivo para presentar de forma resumida la información del conjunto de datos obtenidos. Para ello se reflejan los resultados de cada pregunta en un histograma con la distribución de las frecuencias de sus puntuaciones (1-9).

Ejemplo

Gráfico 2. Frecuencias %



Para el análisis de la distribución de las frecuencias se ha utilizado la **mediana (Me)**, medida de tendencia central que divide la distribución en dos mitades con lo que la mitad de las observaciones son menores o iguales a la mediana y la otra mitad son mayores o iguales, por esta razón es considerada como la mejor medida para el análisis de consensos ya que neutraliza el impacto de los valores extremos.

El análisis de la mediana se ha acompañado por el estudio de los percentiles que proporcionan información adicional sobre las características de los grupos. Se han seleccionado los percentiles 25 (P.25) y 75 (P.75), que muestran el grado de dispersión en la respuesta del 50% de los y las panelistas y ayudan a definir el grado de consenso a través del Rango Intercuartil (RI). En torno a las puntuaciones recogidas por el P.25 y el P.75 se agrupa el 50% de participantes y para conocer el grado de dispersión entre estas personas se halla el Rango Intercuartil estableciendo la diferencia entre las puntuaciones de P.75 y de P.25 ( $RI = P.75 - P.25$ ). Cuando esta supera los 2 puntos y medio se ha considerado que no se ha logrado consensuar el posicionamiento respecto a ese ítem puesto que la horquilla de respuesta es demasiado amplia.

A continuación se presenta una tabla ilustrativa de este tipo de resultados:

**Tabla 21. Estadísticos descriptivos**

	P.25	MEDIANA	P.75	RI
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00	2,0
PRONÓSTICO	5,00	6,00	8,00	3,0
DESEO	8,00	9,00	9,00	1,0

Cómo interpretar la tabla de resultados:

Tomando el ítem “Actualidad” se comprueba que su mediana es igual a 5 ( $Me=5$ ) esto significa que el 50% del panel otorga una puntuación igual o menor a 5 y el otro 50% una puntuación igual o mayor a 5.

La puntuación del 50% de los casos se agrupa entre el P.25 y el P.75. Para hallar la dispersión entre este 50% se calcula el rango intercuartil, distancia entre P.25 y P.75. Si esta es mayor de 2,5 se estima que no se puede concluir que se ha logrado un consenso por ser grande la dispersión de las puntuaciones realizadas dentro de este grupo que congrega el 50% del panel. En la tabla de ejemplo esto se puede

comprobar al observar el “Pronóstico” ya que las puntuaciones oscilan entre 5 puntos - que sería una puntuación neutra- a 8 puntos- prácticamente la máxima puntuación.

Para la sistematización de la lectura e interpretación de los resultados se han agrupado los valores de opción de respuesta en tres grupos, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 22. Guía para la lectura de resultados. Interpretación de las puntuaciones**

		1-3	4-6	7-9
<b>DIAGNÓSTICO CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS</b>	<b>ACTUALIDAD</b>	Baja ocurrencia.	Ocurrencia indeterminada.	Alta ocurrencia. Acuerdo.
	<b>PRONÓSTICO</b>	Posibilidad de ocurrencia baja.	Posibilidad de ocurrencia indeterminada.	Alta posibilidad de ocurrencia.
	<b>DESEO</b>	Rechazo. No deseo de ocurrencia.	Indiferencia. Deseo indeterminado de ocurrencia.	Aspiración. Alto deseo ocurrencia.
<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>PERTINENCIA</b>	Baja/nula pertinencia. Inadecuada.	Media/neutra pertinencia Indiferente	Alta pertinencia Adecuada
	<b>FACTIBILIDAD</b>	No factible. Irrealizable. Inviabile.	Algo factible	Factible. Posible. Viable.
	<b>CAPACIDAD</b>	No competencia.	Competencia compartida.	Competencia total.

**Tabla 23. Guía para la lectura de resultados. Interpretación del consenso**

	0-2,5	3-3,5	≥4
<b>Rango Intercuartil (RI) P.75-P.25</b>	Dispersión baja	Dispersión media	Dispersión alta
	CONSENSO		NO CONSENSO

Antes de realizar la presentación de los resultados obtenidos de la consulta Delphi a personal experto sanitario conviene aclarar que no se han aportado suficientes áreas de mejora por parte de panelistas para ser contrastadas con lo que han sido extraídas por el equipo investigador de las diferencias detectadas entre el diagnóstico de la actuación sanitaria actual, pronosticable y deseable en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico. Estas se abordan en el capítulo final de conclusiones.

Para la organización de la presentación de los resultados se ha dividido el apartado en seis secciones que se corresponden a los ámbitos de actuación objeto de la presente evaluación:

- ☞ Papel del Sistema Sanitario ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres
- ☞ Formación especializada
- ☞ Modelo de intervención sanitaria ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres
- ☞ Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres.
- ☞ Recursos para la atención de la problemática, cobertura del servicio.
- ☞ Coordinación intra y extrainstitucional.

Cada sección se subdivide en dos partes:

En primer lugar, se realiza un diagnóstico de los aspectos estudiados (papel del sistema sanitario, formación específica, modelo de intervención, protocolo de actuación, recursos y coordinación) a través de la descripción de los y las panelistas del escenario presente, futuro y deseable.

En segundo lugar, las personas consultadas han valorado la pertinencia, factibilidad y capacidad del Departamento de Sanidad para la puesta en marcha de una serie de acciones de mejora propuestas para la mejora de las actuaciones del sistema sanitario en la atención a la VCM. Las personas expertas participantes tuvieron oportunidad de incorporar nuevas acciones de mejora durante la primera ronda Delphi que se incluyeron durante la segunda ronda Delphi con el fin de contrastarlas con el resto de panelistas. La presentación de sus resultados se incluye al final de cada apartado.

#### IV.2.1 EL PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA EJERCIDA CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO

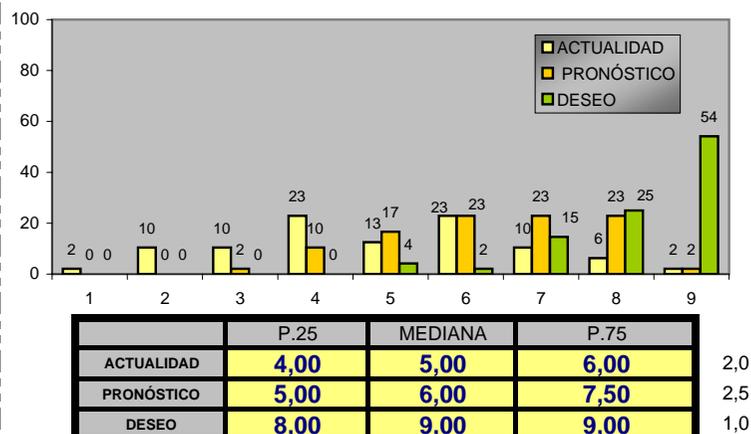
El primer punto bajo el título de " El Papel del Sistema Sanitario ante la Violencia ejercida contra la Mujer en el Ámbito Doméstico" se tratan aspectos relacionados con el liderazgo ejercido por el Departamento de Sanidad a la hora de abordar la atención sanitaria de la problemática de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico (VCM).

Entre otros se aborda el grado de compromiso institucional, el rol ejercido por el personal sanitario, la consideración de la VCM como un problema de salud pública o privado, el grado de prioridad que recibe la VCM en el Sistema Sanitario Vasco, la homogeneidad- heterogeneidad territorial y la perspectiva desde la que se aborda la atención sanitaria a mujeres víctimas de VCM.

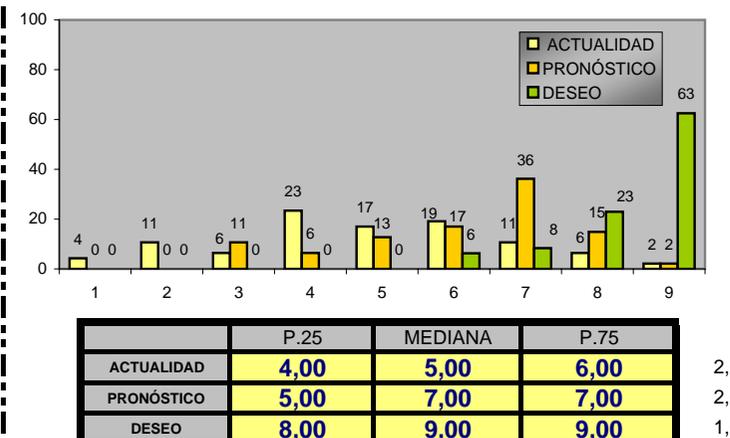
Ya que para abordar cualquier problemática desde la sanidad es necesario que se incluya en la agenda política del Departamento de Sanidad, el objetivo de este apartado es recoger la percepción de panelistas sobre la sensibilidad de género -y específicamente sobre la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico- en las políticas y actuaciones desarrolladas por el Departamento de Sanidad.

## 1- Construcción de escenarios

**P.1: El compromiso del Sistema Sanitario Vasco en materia de maltrato contra la mujer se adecua a las necesidades de atención sanitaria de la problemática. (1ª Ronda)**



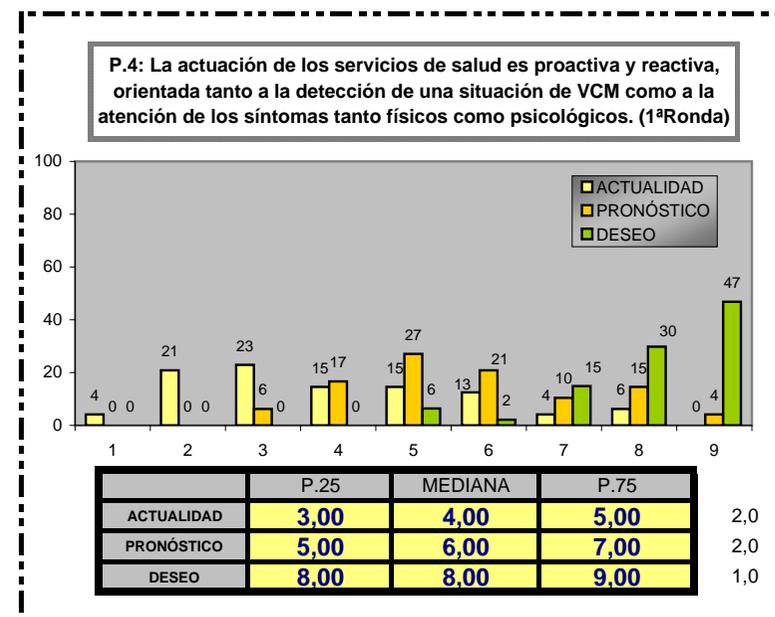
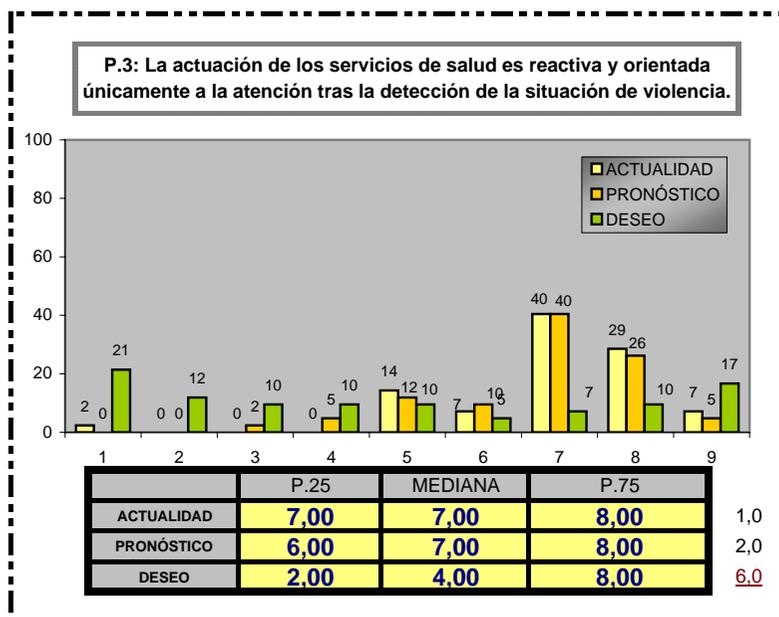
**P.2: Las iniciativas puestas en marcha por el Departamento de Sanidad en esta materia se adecuan a las necesidades de atención sanitaria de la problemática. (1ª Ronda)**



Las dos primeras preguntas, hacen referencia al grado de adecuación del compromiso (P.1) y a las iniciativas (P.2) puestas en marcha por el Departamento de Sanidad para la atención a las necesidades de atención sanitaria de la problemática.

En relación al grado de adecuación del **compromiso** del Sistema Sanitario, a las necesidades de atención sanitaria de la problemática del maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico, en la actualidad no se logra el nivel de adecuación deseado respecto a cómo debiera adecuarse el compromiso con las necesidades de atención (Actualidad Me=5). Se percibe que en la actualidad su grado de adecuación se sitúa en 5 puntos, es decir, en el espacio **neutro** cuando el **deseo** de que este se adecue se sitúa en el grado **máximo** de la escala (Deseo Me=9). La **previsión** es que este compromiso **se va a ir adecuando** a la necesidades sin llegar a alcanzar el grado de concurrencia deseado (Pronóstico Me=9).

Atendiendo a las **iniciativas** puestas en marcha por el Departamento de Sanidad la tendencia es similar a la contemplada en relación al compromiso, aumentando un punto la mediana referida al **grado de adecuación futuro** de las iniciativas a las necesidades de atención (Pronóstico Me=7).

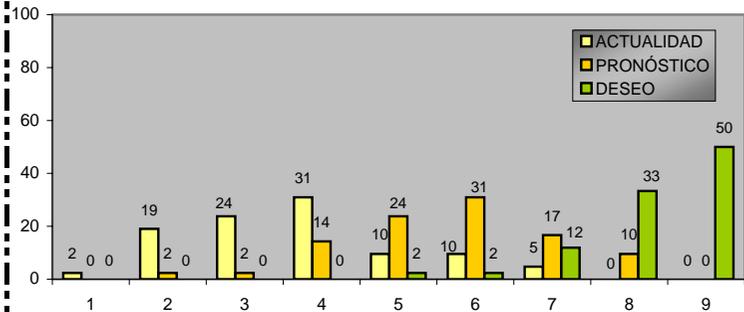


Las preguntas 3 y 4 hacen referencia al **tipo de actuación** de los servicios de salud, si esta es **reactiva** y orientada únicamente a la atención tras la detección de la situación de violencia o prevención terciaria (P.3), o si esta es a su vez **proactiva** enfocándose tanto a la detección de los casos de VCM como al tratamiento de sus síntomas o prevención secundaria (P.4).

Como se observa en la tabla de resultados de P.3, hay una gran discrepancia entre panelistas sobre si desean que esta sea reactiva (Me=4 y RI=6). Al realizar una lectura paralela con los resultados de P.4, se observa que sí hay un alto grado de consenso entorno a la aspiración de que la actuación de los servicios de salud se desarrolle tanto desde la detección de los casos, como de la atención a los síntomas (Deseo Me=8 y RI=1 ). Con lo que se puede concluir que panelistas han tenido dificultades para posicionarse respecto a sus deseos en la P.3 por la propia formulación de la pregunta.

En la actualidad se manifiesta que la actuación es únicamente reactiva ( o prevención terciaria) sin incluir el enfoque proactivo para la detección de los casos (o prevención secundaria)( Actualidad P.3 Me=7 y P.4 Me= 4). La tendencia sobre la visión de cómo serán las actuaciones futuras es similar (Pronóstico P.3 Me= 7 y P.4 Me= 6), aunque el pronóstico de que se orientará únicamente prevención terciaria prevalece sobre el que incluye las actuaciones tanto de prevención terciaria como secundaria.

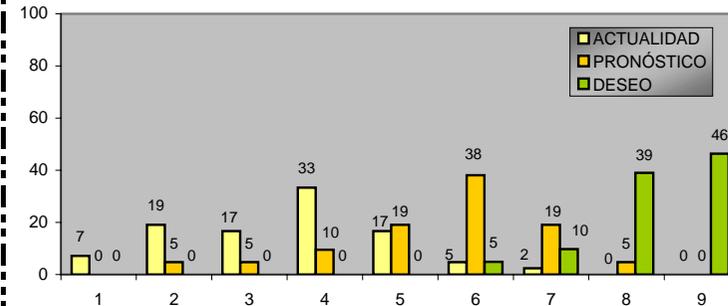
**P.5: Se aplica un modelo de atención sanitaria integral en los casos de VCM que implica la suma de todos los factores que están interfiriendo en su salud.**



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	4,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,50	9,00

1,0  
2,0  
1,0

**P.10: Se realiza un abordaje integrado, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.**



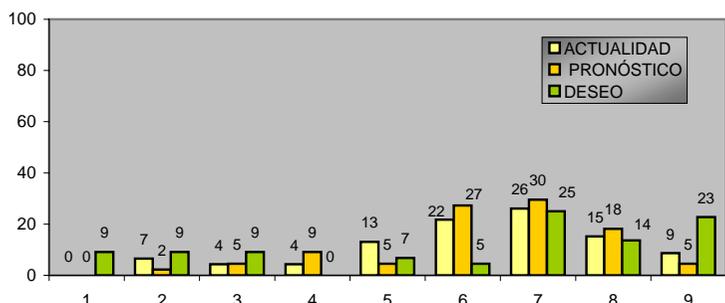
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	2,00	4,00	4,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	6,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

2,0  
1,0  
1,0

Las preguntas 5 y 10 se refieren al mismo concepto sobre el tipo de atención pero formulado de diferente manera, en ambas se observa un desajuste entre el deseo de que el abordaje desde el sistema sanitario se realice con una perspectiva que integre la esfera **biopsicosocial**, de manera que se consideren los factores sociales como estímulos externos que actúan sobre el cuerpo, y tienen impacto en la salud (Deseo P. 5 Me=8,50 y P.10 Me= 8) y el **modelo de intervención** que se desarrolla en la actualidad que es de carácter **biologicista** (Actualidad P. 5 Me=4 y P.10 Me= 4).

Se pronostica que el modelo de atención se ajustará de manera moderada al abordaje integral de la problemática deseada (Pronóstico P. 5 Me=6 y P.10 Me= 6).

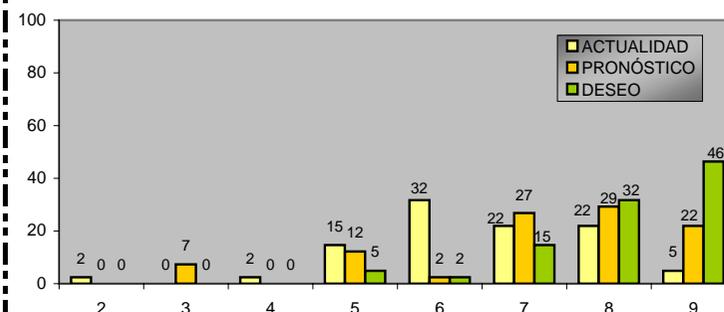
**P.12: Las y los sanitarios se acercan a la violencia influenciados por un enfoque biologicista y el problema del maltrato se acerca más a la problemática psicosocial. (1ªRonda)**



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	5,00	6,50	7,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	7,00
DESEO	3,00	7,00	8,00

2,0  
1,0  
5,0

**P.11: Los servicios de la salud se encuentran entre los lugares más idóneos para la detección de casos de VCM.**



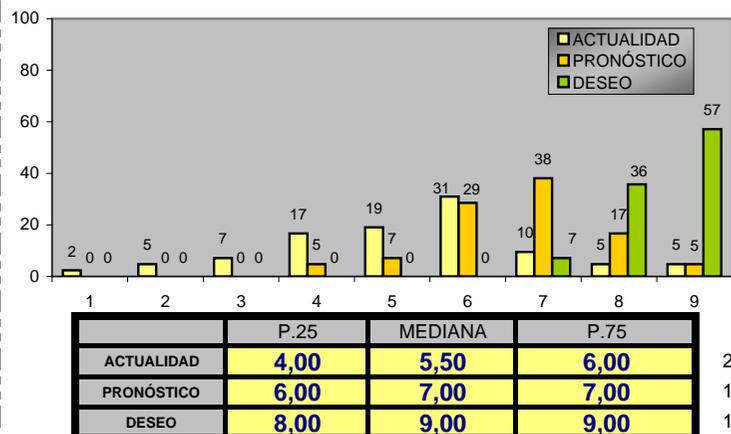
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	6,00	6,00	8,00
PRONÓSTICO	7,00	8,00	8,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

2,0  
1,0  
1,0

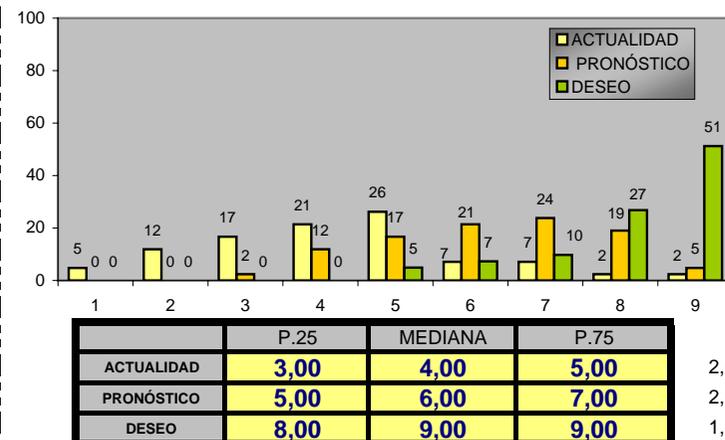
En relación a la respuesta sanitaria que se le da a la VCM, ésta en opinión de los y las panelistas, se realiza más desde una perspectiva **biologicista** cuando la problemática del maltrato refleja una **problemática psicosocial** (P.12). Se observa una alta dispersión (Rango intercuartil, RI= 5) en el **deseo** de que las y los sanitarios se acerquen a la violencia desde un enfoque biologicista ya que se trata de una problemática que incluye aspectos psicosociales. Destacar en este punto, que han sido mínimas las preguntas en las que se ha observado una alta dispersión (bajo consenso), relacionada con el deseo referido a que tal o cual afirmación ocurra.

Una pauta similar de **deseos y pronósticos** se asocia a la respuesta de que los servicios de la salud se encuentren entre los lugares más idóneos para la detección de casos de VCM (P.11), alcanzando un **grado alto de adhesión** (Deseo y Pronóstico Me=8). Sin embargo, que en la **actualidad** sea uno de los lugares más idóneos para la detección de casos cuenta con un **grado de adhesión moderado** ( Actualidad Me=6).

**P.6: Los y las profesionales de la Salud son conscientes del papel fundamental que juega la sanidad si se tiene en cuenta que las mujeres víctimas de VCM acuden al sistema sanitario con más frecuencia que a otros recursos públicos.**



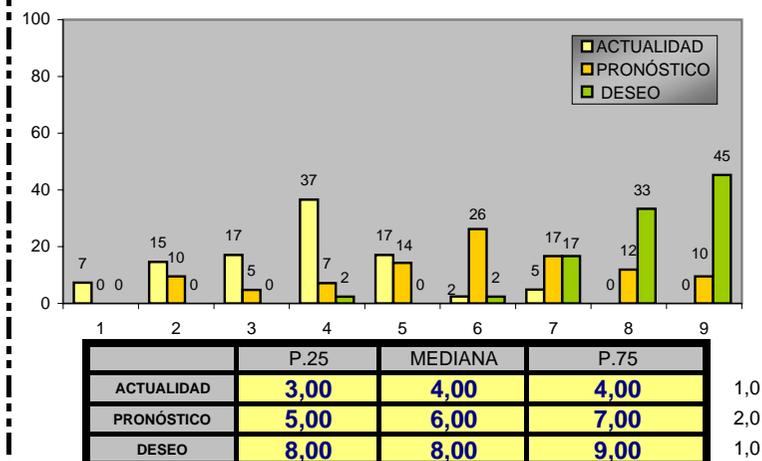
**P.7: El maltrato ejercido contra las mujeres es considerado por la generalidad de profesionales de la salud como un problema de salud pública.**



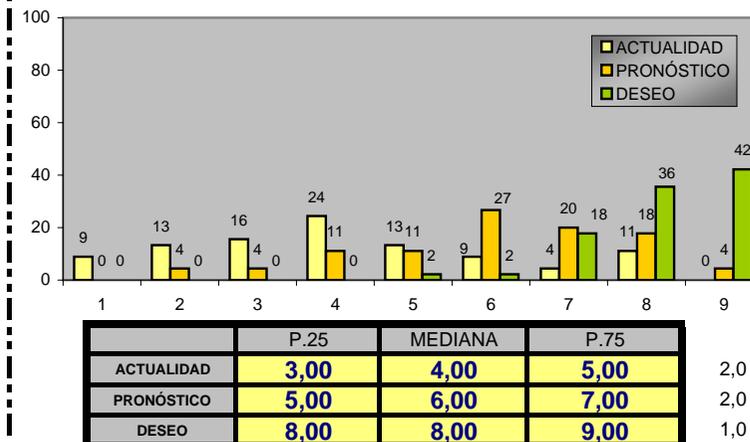
Se desea que los y las profesionales de la salud sean conscientes del **papel fundamental** de la Sanidad en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres, ya que las mujeres víctimas de VCM acuden al sistema sanitario con más frecuencia que a otros recursos ( Deseo P.6 Me=9); aunque en la actualidad se percibe que el personal sanitario no es aún consciente de su protagonismo (Actualidad Me=5,5).

Se aspira a que la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico sea considerada por la generalidad de profesionales sanitarios y sanitarias como un problema de **salud pública** (Deseo Me=9). Se estima que en la actualidad no es considerada como un problema de salud pública y que aún será necesario el transcurso de un mayor periodo de tiempo que el estudiado (4 años) para que la violencia ejercida contra las mujeres sea considerada como un problema de salud pública, y sea por lo tanto, tratada como una enfermedad y problema que afecta a la salud. Esto implica trabajar en prevenir los problemas de salud, ampliar y mejorar la atención y la seguridad de la población susceptible de sufrir este tipo de problemática.

**P.8: La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente de la Comarca Sanitaria en la que se encuentre el Centro de Salud, PAC o Centro de Salud Mental Extrahospitalario.**



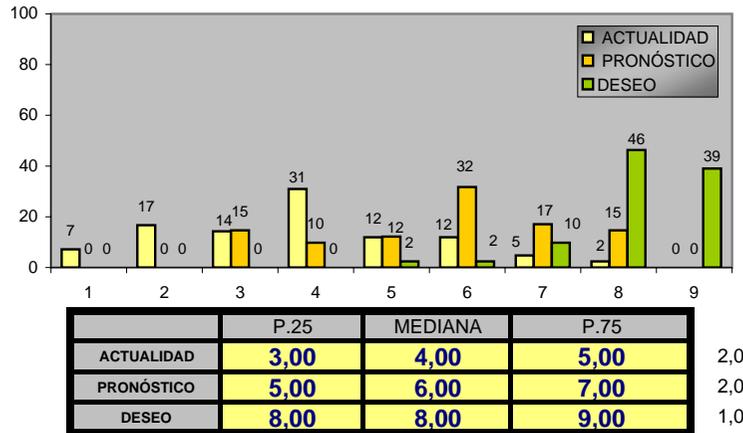
**P.9: La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente del Hospital que atienda a este tipo de pacientes. (1ªRonda)**



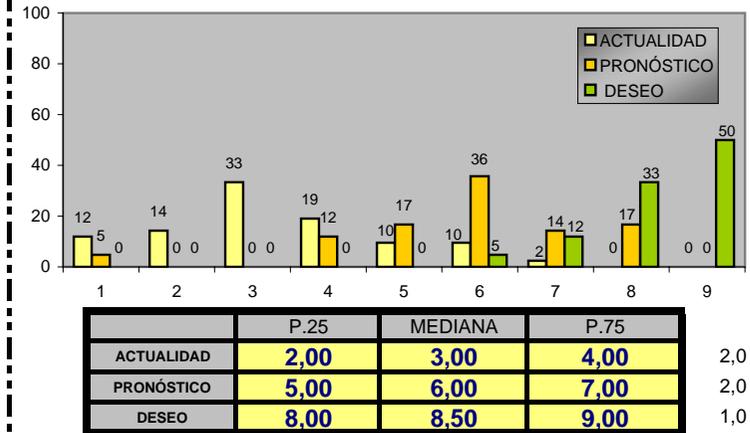
En la actualidad a pesar de que sea un objetivo **deseable** (Deseo Me=8), según la percepción de los y las panelistas, hay un **moderado rechazo** a considerar que se realiza una **atención homogénea** independientemente de la ubicación del Centro de Salud, Punto de Atención Continuada, Centro de Salud Mental (Actualidad Me=4) o del Hospital en el que se atiende a la paciente víctima de VCM (Actualidad Me=4). Sin embargo, garantizar que se reciba la misma calidad de los servicios con independencia de la ubicación geográfica, es un aspecto **altamente deseable** o al que se aspira (Deseo Me=8).

El pronóstico sobre si se prestará este tipo de atención de manera homogénea en cada punto de atención es de una **posibilidad de ocurrencia moderada** (Pronóstico Me=6).

**P.13: El sistema sanitario está preparado para dar respuesta a las necesidades que previsiblemente surgirán cuando se avance en la detección de las situaciones de violencia.**



**P.14: Se impulsan políticas de formación continuada que permiten mejorar los procesos dando una mayor calidad de atención a las pacientes víctimas de VCM.**

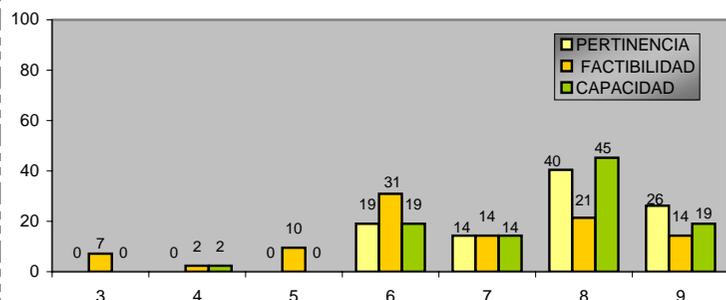


Se observa un **moderado rechazo** a considerar que el sistema sanitario en la **actualidad**, se encuentre preparado para **dar respuesta a las necesidades** que podrán surgir cuando se avance en la detección de las situaciones de violencia hasta ahora ocultas (Actualidad P.13 Me=4) . El **pronóstico**, sobre si se encontrará preparado para dar respuesta a nuevas necesidades, es de una **posibilidad de ocurrencia moderada** (Pronóstico Me=6). Si se **desea** que el sistema sanitario se **prepare** para las nuevas **necesidades** que surgirán si el sistema sanitario avanza en la detección de las situaciones de violencia contra la mujer (Deseo Me= 8).

El impulso de políticas de **formación continuada** que permitan mejorar los procesos de atención a las pacientes víctimas de VCM (P.14) en la **actualidad** es una asignatura pendiente para el sistema sanitario (Actualidad Me=3), pero se pronostica que la situación **mejorará** en los próximos 4 años (Pronóstico Me=6). El impulso de políticas de formación continuada que permitan mejorar los procesos de atención a las pacientes víctimas de VCM es una situación **altamente deseable** (Deseo Me=8,5).

## 2- Acciones de mejora

**P.15: Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de atención primaria.**



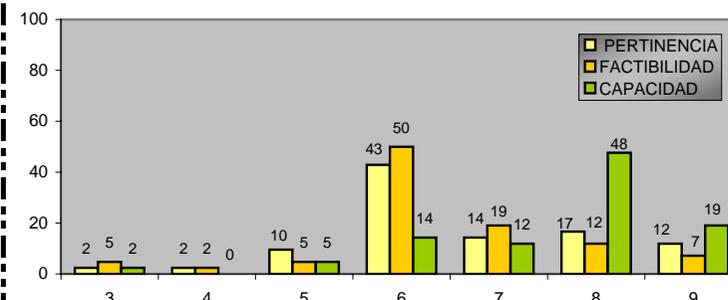
	P.25	MEDIANA	P.75
PERTINENCIA	7,00	8,00	9,00
FACTIBILIDAD	6,00	6,50	8,00
CAPACIDAD	7,00	8,00	8,00

2,0

2,0

1,0

**P.16: Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios hospitalaria.**



	P.25	MEDIANA	P.75
PERTINENCIA	6,00	6,00	8,00
FACTIBILIDAD	6,00	6,00	7,00
CAPACIDAD	7,00	8,00	8,00

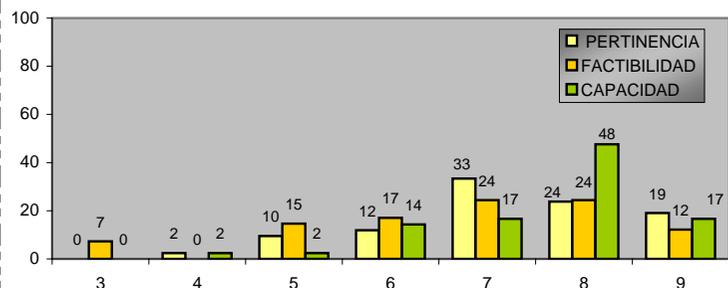
2,0

1,0

1,0

Reflejo de la importancia concedida por el Sistema Sanitario a una problemática de salud, es su **inclusión en las carteras de servicios** de los diferentes ámbitos de actuación. Se ha recogido la información sobre si es pertinente, factible o si el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco tiene la capacidad de incluir la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de atención primaria (P.15), de atención hospitalaria (P.16) y de salud mental (P.17). Los resultados respecto a su inclusión en estos ámbitos de atención se comentarán de manera conjunta, en la presente página se pueden ver los gráficos y tablas correspondientes a la atención primaria y hospitalaria, y en la página siguiente la información referida al ámbito de la salud mental.

**P.17: Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de salud mental.**



	P.25	MEDIANA	P.75
PERTINENCIA	7,00	7,00	8,00
FACTIBILIDAD	6,00	7,00	8,00
CAPACIDAD	7,00	8,00	8,00

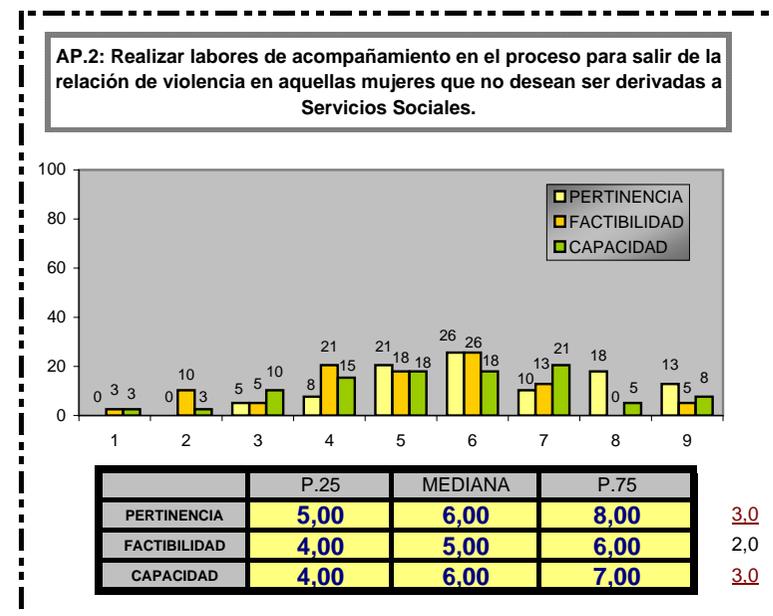
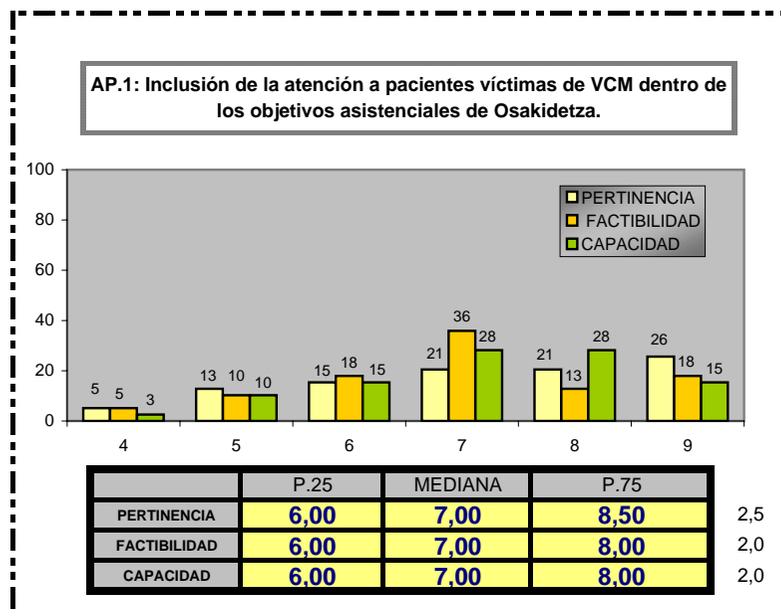
1,0  
2,0  
1,0

Se concede el **más alto grado de pertinencia** a su inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de VCM en la **cartera de servicios de atención primaria** (Pertinencia Me= 8) respecto a los otros ámbitos: salud mental (Pertinencia Me=7) y hospitalaria (Pertinencia Me= 6).

En las puntuaciones referidas a la **factibilidad** de su inclusión se considera **algo factible** (Factibilidad Me=6) que se incluya en la Cartera de Servicios **hospitalarios** y **factible** tanto en la de **atención primaria** (Factibilidad Me=6,5) como en la de **salud mental** (Factibilidad Me=7).

Se aprecia una **consonancia** de los resultados referidos a la **alta capacidad** del Departamento de Sanidad para la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en las diferentes carteras de servicios ( Capacidad P.15, P.16, P.17 Me=8).

## 2.1- Acciones de mejora propuestas por panelistas (AP)



Las acciones de mejora finales respecto a cómo se podría mejorar el papel del sistema sanitario, son aquellas que han sido **propuestas por panelistas** en la primera ronda Delphi y que han sido valoradas por el resto de panelistas durante la segunda ronda Delphi, con lo que únicamente se han valorado en una ocasión.

Se propuso por parte de panelistas que se valorase la pertinencia, factibilidad y capacidad de la inclusión de la atención a pacientes víctimas de VCM dentro de los **objetivos asistenciales de Osakidetza** (AP.1), esta medida es considerada como **pertinente** además de **factible** y se reconoce la **capacidad** del Departamento de Sanidad para su puesta en marcha (Pertinencia, Factibilidad y Capacidad Me=7).

La medida propuesta de realizar labores de **acompañamiento en el proceso** para salir de la relación de violencia a aquellas mujeres que no desean ser derivadas a los Servicios Sociales para recibir este tipo de atención (AP.2), **no** ha logrado un grado de **consenso** óptimo respecto a su **pertinencia** y **capacidad** para realizarla (Pertinencia y capacidad RI=3). La medida recibe una respuesta **neutral** respecto a su **factibilidad** (Factibilidad Me=5).

#### IV.2.2. FORMACIÓN ESPECIALIZADA

Para la realización del diagnóstico en materia de formación en violencia ejercida contra la mujer en el ámbito doméstico (VCM), a través de la descripción de los diferentes escenarios (el actual, el pronosticable y el deseable) se presentaban diferentes colectivos sanitarios diferenciados por el tipo de centro en el que prestan la atención. La labor de los y las panelistas fue valorar el grado de importancia actual, futura y el deseo de que sea elemental formarse en materia de VCM para los diferentes colectivos.

Estos colectivos se presentaron de las siguiente manera:

**A- Centros de salud (CS):** medicina de familia, pediatría, enfermería, matronería, personal gestor y del área de atención a la clientela(AAC).

**B- Puntos de atención continuada (PAC):** médicos y médicas de familia y enfermeras y enfermeros.

**C- Centros hospitalarios (H):** pediatras, enfermería, matronería, médicos y médicas especialistas -traumatología, ginecología y obstetricia, psicología clínica y psiquiatría- personal gestor, profesionales del trabajo social y personal del área de atención a la clientela. Se ha analizado de forma diferenciada al personal que presta su servicio en las urgencias hospitalarias -médicos y médicas de urgencias, especialistas en traumatología y cuerpo de enfermería.

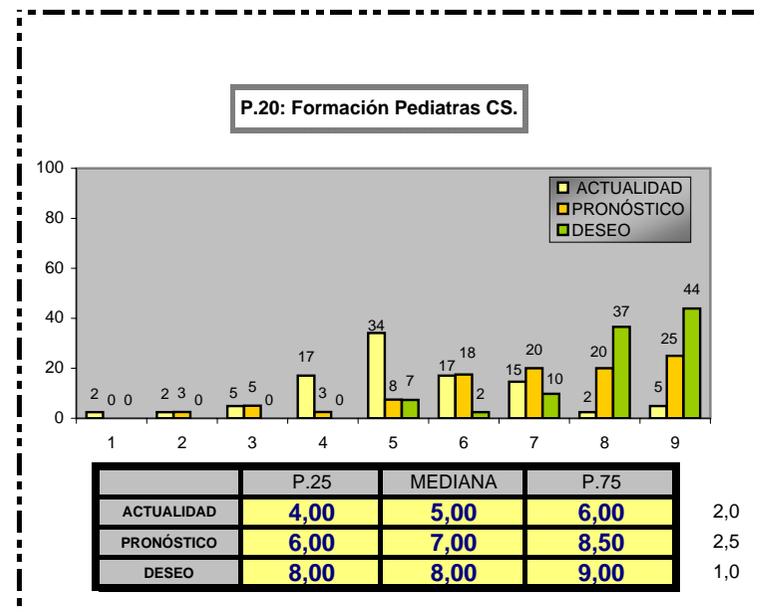
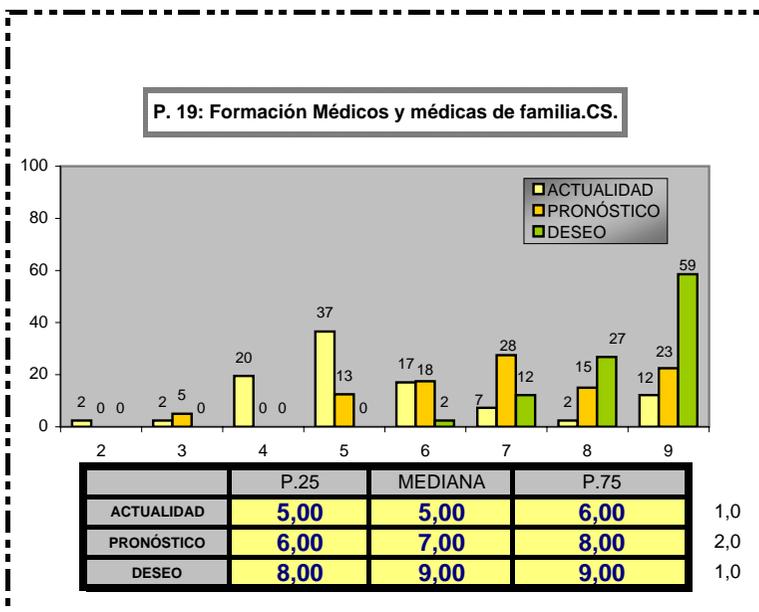
**D- Centros de salud mental extrahospitalaria (CSM):** especialistas en psicología clínica, psiquiatras, enfermería, personal gestor, profesionales del trabajo social y personal del área de atención a la clientela.

Las acciones de mejora propuestas, se refieren a acciones formativas de pregrado y de formación continua en materia de violencia contra la mujer y perspectiva de género.

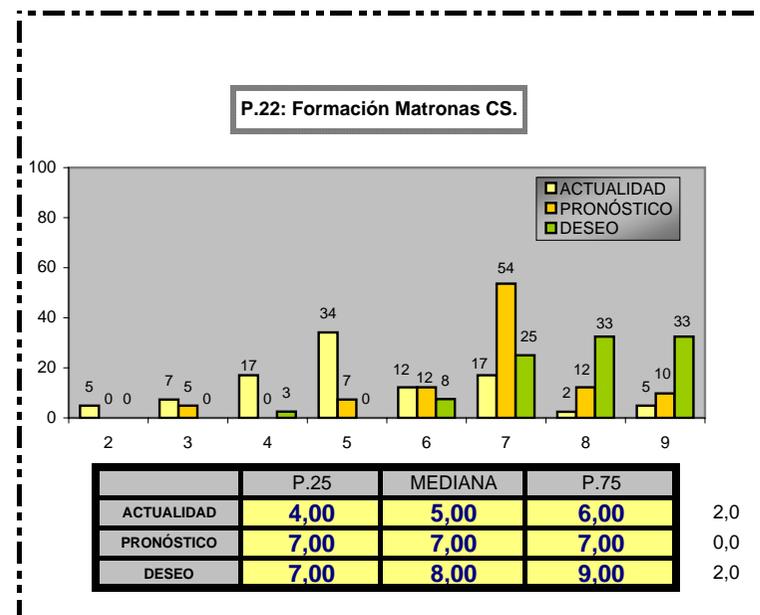
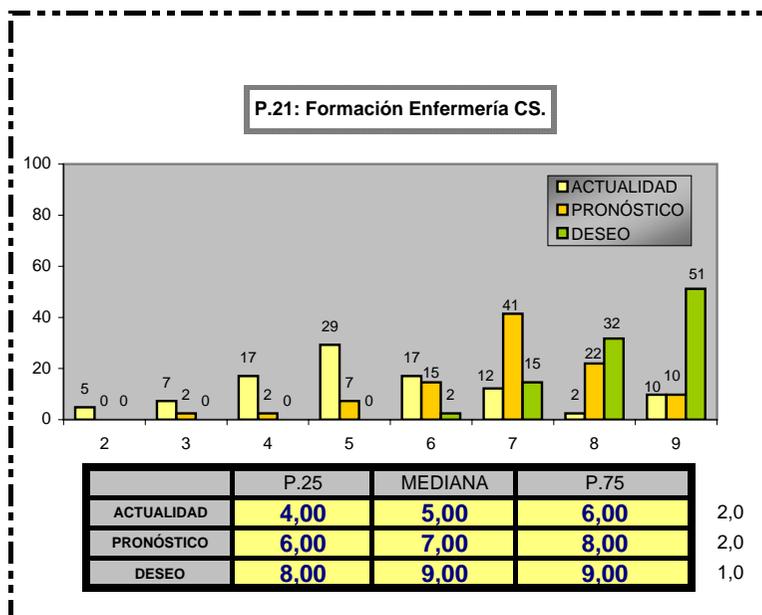
Algunos y algunas panelistas incorporaron nuevas acciones de mejora durante la primera ronda Delphi relacionadas con el contenido, participantes y metodología de la formación. Estas aportaciones se incorporaron durante la segunda ronda Delphi con el fin de contrastarlas con el resto de panelistas, la presentación de sus resultados se incluye al final del apartado.

### 1- Construcción de escenarios

#### A- Centros de Salud, importancia de la formación en materia de violencia contra las mujeres

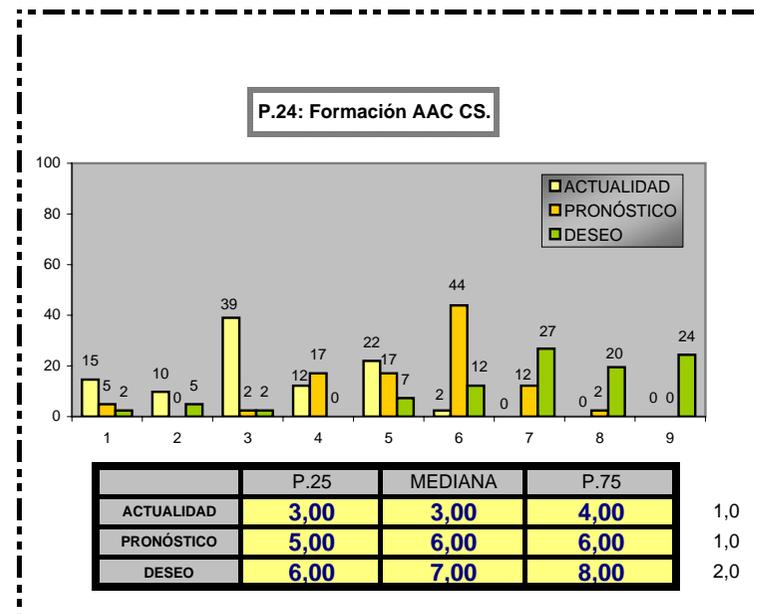
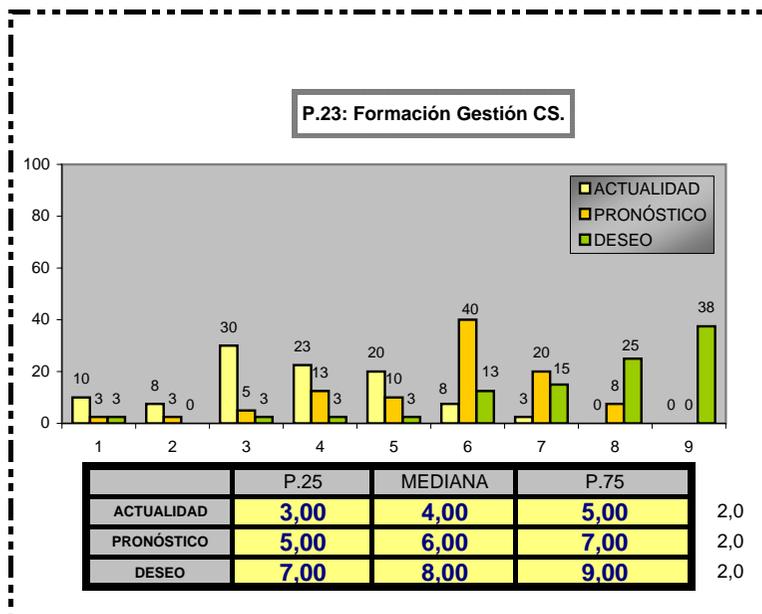


En opinión de los y las profesionales sanitarias que han conformado el panel en la actualidad se está dando una **importancia neutra** a la formación en materia de VCM al **colectivo médico de familia** (P.19) y al **pediatría** (P.20) (Actualidad Me=5). Se **pronostica** que se concederá una **mayor** importancia a la formación de estos colectivos (Pronóstico Me=7), aunque **no** llegará a alcanzar los altos niveles **deseados** ( Deseo P.19 Me=9 y P.20 Me=8).



Respecto al colectivo de **enfermería** y al de la especialidad de **matronería** se muestra la misma percepción que con los colectivos anteriores -medicina de familia y pediatría.

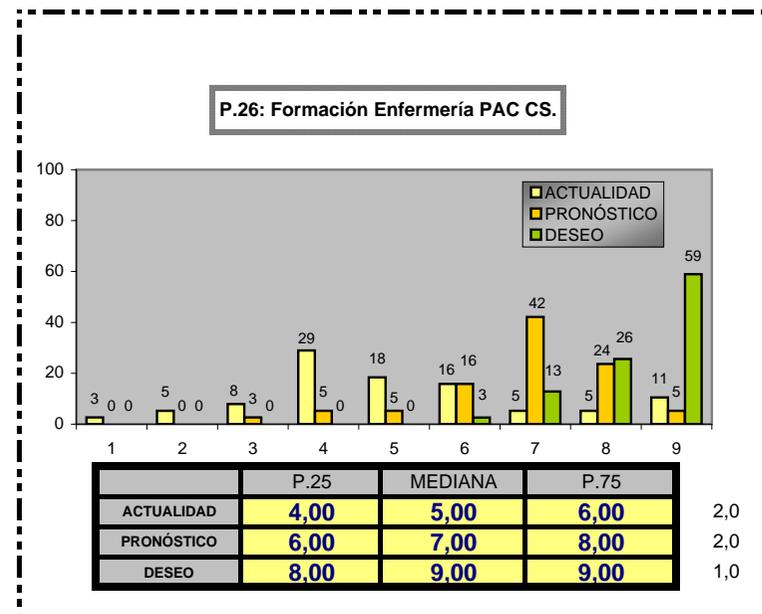
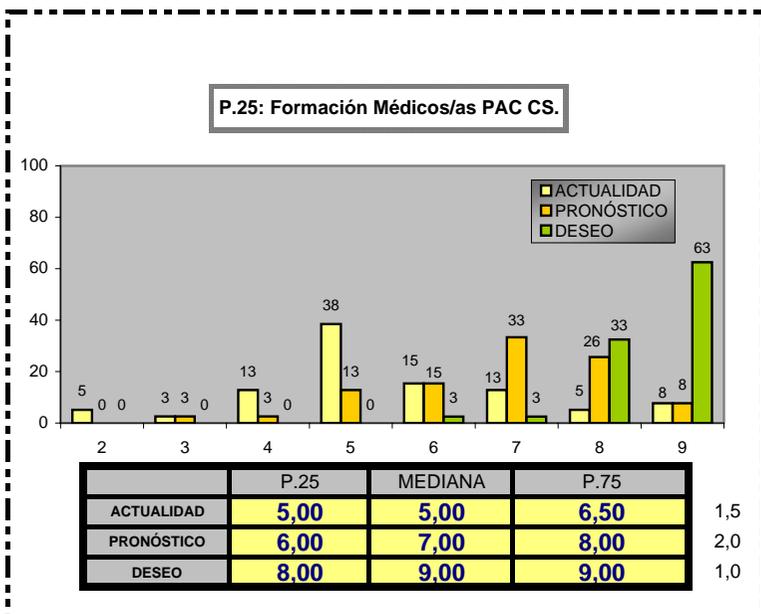
La **tendencia** será conceder una **mayor** importancia a la formación de ambos colectivos (Pronóstico Me=7) logrando aproximarse a la situación **deseable** en el caso de las **matronas** y **matronos** (Deseo Me=8).



Se **pronostica** que se **incrementará** la importancia concedida a la formación, tanto del personal **gestor** como del personal del **área de atención a la clientela** (Pronóstico Me=6). El nivel de **aspiración** de que se conceda importancia a la formación en VCM al personal de **gestión** se acerca a la **máxima puntuación** (Deseo Me= 8).

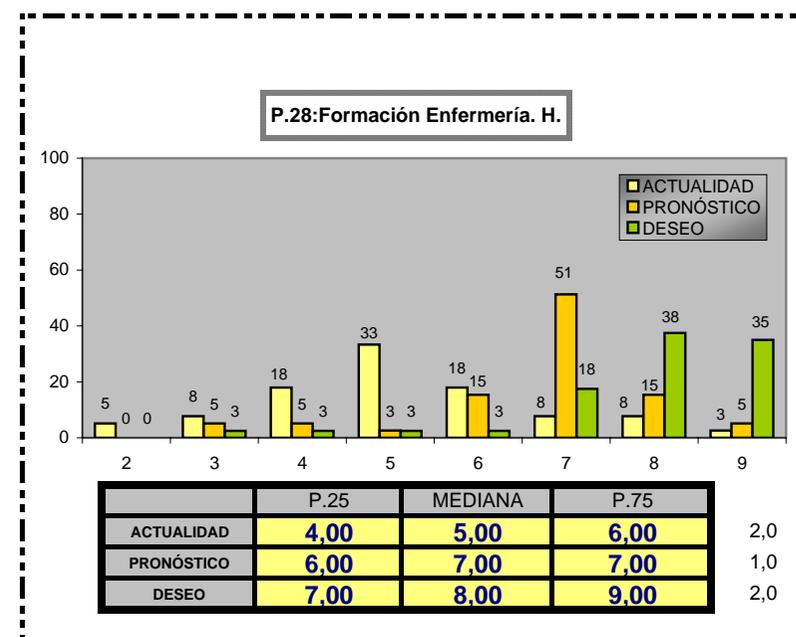
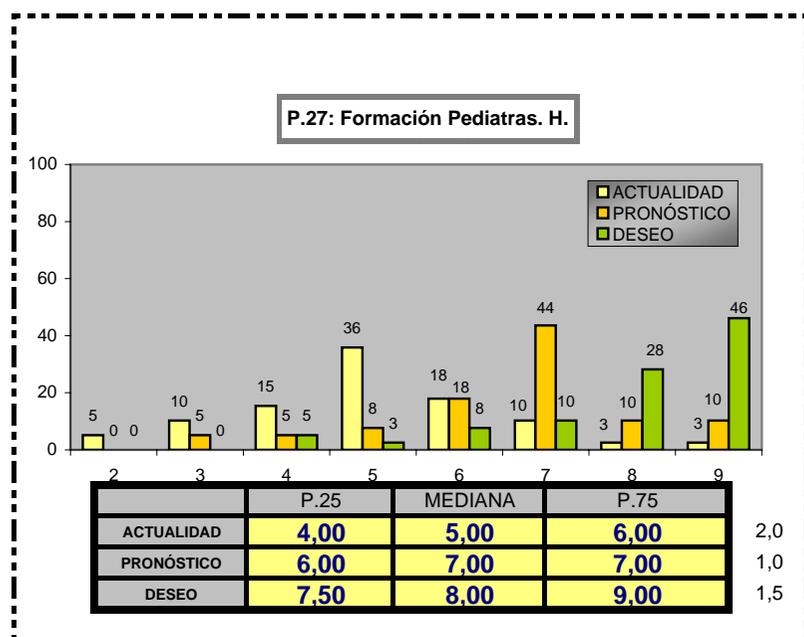
La importancia concedida a la formación en materia de VCM del personal del **área de atención a la clientela**, a pesar de recibir una **alta valoración**, es la que **menor** puntuación recibe respecto al **deseo** de que sea un colectivo formado en materia de VCM (Deseo Me=7).

**B- Puntos de atención continuada, importancia de la formación en materia de violencia contra las mujeres**



La tendencia respecto a la importancia concedida a la formación de **las y los médicos de familia**, y de **las y los enfermeros** de los centros de atención continuada (PAC), es similar al mismo colectivo de los centros de salud: en la **actualidad** se está dando una importancia **neutra** a la formación en materia de VCM del colectivo **médico de familia** de los **PAC** (P.25) y del de **enfermería** (P.26) (Actualidad Me=5). Se **pronostica** que se concederá una **mayor importancia** a la formación de estos colectivos (Pronóstico Me=7) aunque **no** llegará a alcanzar los altos niveles **deseados** (Deseo Me=9).

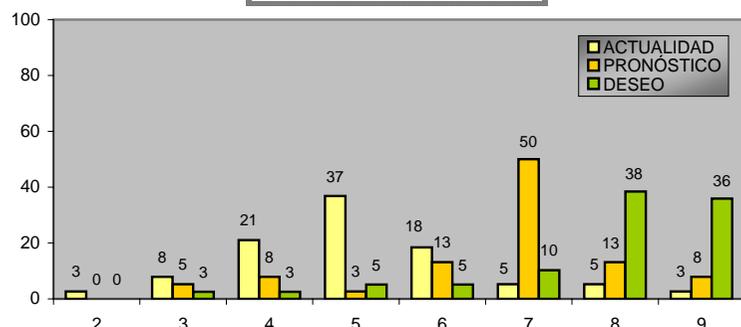
### C- Hospitales, importancia de la formación en materia de violencia contra las mujeres



En este apartado se analiza la importancia actual, futura y deseable concedida a que, diferentes colectivos sanitarios pertenecientes que prestan sus servicios en **hospitales** se formen en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico. Estos colectivos, como ya se ha señalado anteriormente, son: pediatría, matronería, enfermería, traumatología, ginecología, psicología clínica, psiquiatría, área de atención al cliente y personal gestor. Los resultados se presentan por colectivo y por el orden de prioridad concedido en la actualidad para su formación en materia de violencia contra las mujeres.

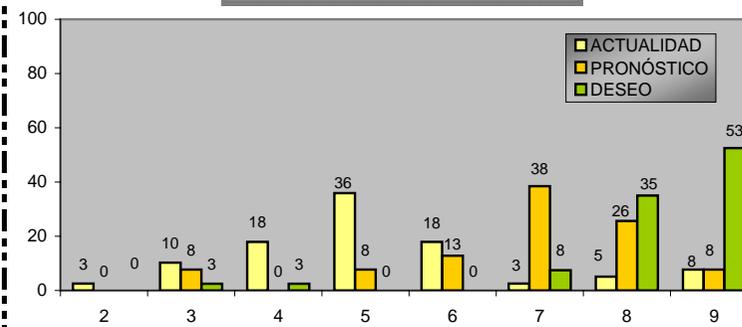
Con resultados semejantes encontramos a los dos primeros colectivos propuestos: el de **pediatría** y el de **enfermería** hospitalaria. En estos colectivos se observa la tendencia que será generalizada en el resto de colectivos: una **neutra** importancia concedida a la formación en la **actualidad** (Actualidad Me=5), con **previsión** a que **incremente** la importancia concedida (Pronóstico Me=7), aunque **sin alcanzar los niveles de importancia deseados** (Deseo Me=8).

P.29: Formación Matronas. H.



	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00	2,0
PRONÓSTICO	6,00	7,00	7,00	1,0
DESEO	7,50	8,00	9,00	1,5

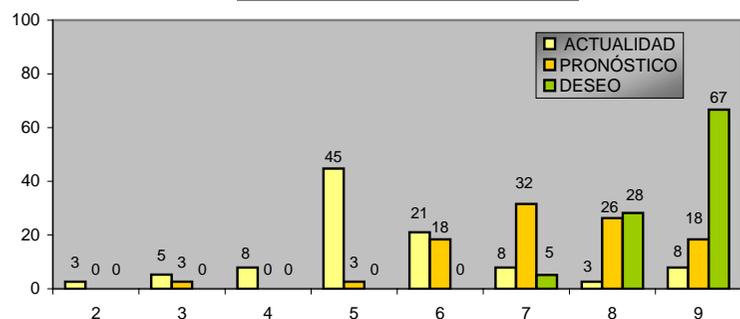
P.31: Formación Ginecólogos/as. H.



	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00	2,0
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00	2,0
DESEO	8,00	9,00	9,00	1,0

Los colectivos estudiados que prestan su atención en la especialidad de ginecología y obstetricia hospitalaria, son la enfermería especializada (**matronería**) y los y las **ginecólogos**. Sus resultados son similares respecto a la importancia que se concede, se concederá y se desea que se conceda a la formación en materia de VCM a ambos colectivos. Siendo destacable el grado de **neutralidad** de la puntuación concedida a la importancia, que en la **actualidad** se presta a la formación especializada en VCM de estos grupos (Actualidad Me=5). Como se observa en el resto de colectivos se prevé que la **importancia será mayor** (Pronóstico Me=7) **sin llegar** por el momento a los **niveles anhelados** (Deseo Me=9).

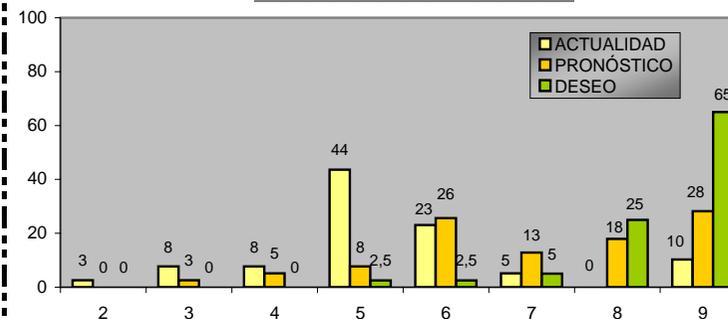
P.32: Formación Psicólogos/as.H.



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	5,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	7,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00

1,0  
1,0  
1,0

P.33: Formación Psiquiatras. H.

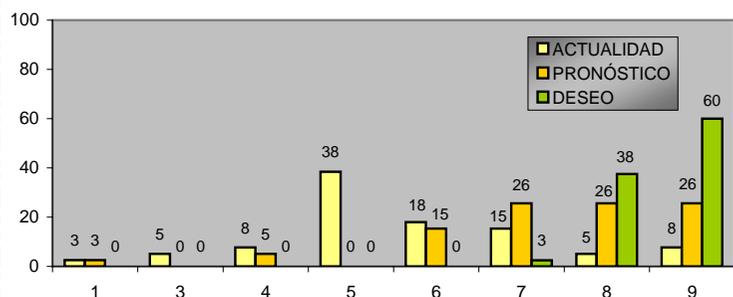


	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	5,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	9,00
DESEO	8,00	9,00	9,00

1,0  
3,0  
1,0

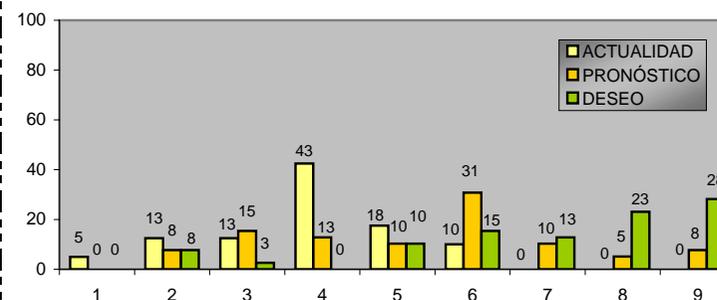
En el área de la salud mental hospitalaria se ha centrado la atención en **las y los psicólogos clínicos** (P.32) y **las y los psiquiatras** (P.33). En la **actualidad**, la formación dirigida a estos colectivos **no destaca por su importancia** (Actualidad Me=5). En el caso de la **psiquiatría**, **no se ha logrado consensuar** el grado de importancia que se **concederá** a la formación en VCM en los próximos años (Pronóstico RI=3). En el caso de la especialidad en **psicología clínica** sí se ha logrado consensuar que será uno de los colectivos a los que se les **concederá importancia** (Pronóstico Me=7).

P.35: Formación Trabajo Social. H.



	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	5,00	5,00	7,00	2,0
PRONÓSTICO	7,00	8,00	8,50	1,5
DESEO	8,00	9,00	9,00	1,0

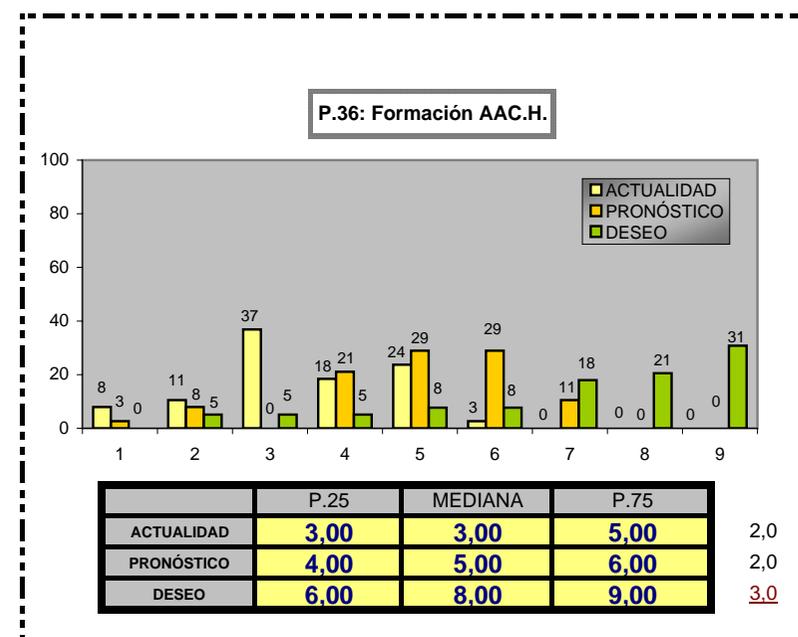
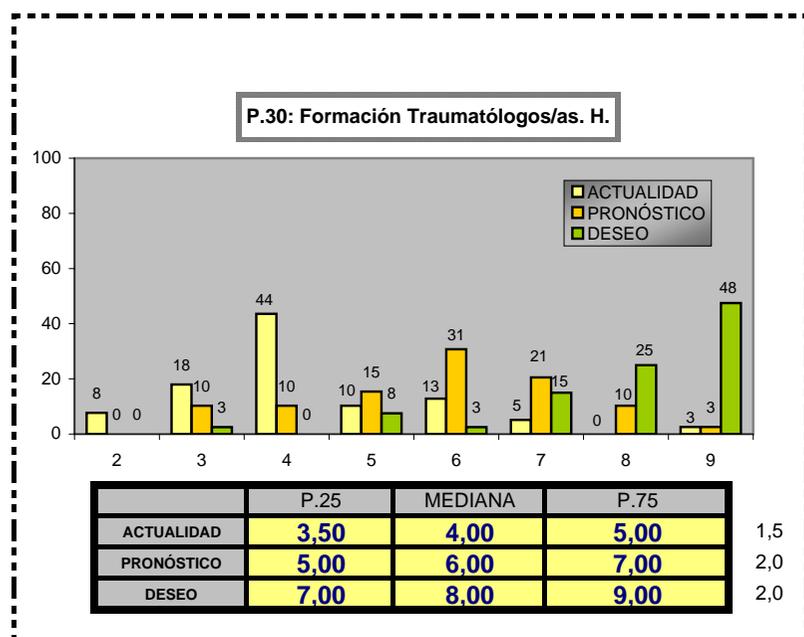
P.34: Formación Gestión. H.



	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	3,00	4,00	5,00	2,0
PRONÓSTICO	4,00	6,00	6,00	2,0
DESEO	6,00	8,00	9,00	3,0

En los hospitales se cuenta con profesionales del **trabajo social** a cuya formación en VCM se **prevé** que se le va a conceder la más **alta importancia** (Pronóstico Me=8). A pesar de que en la **actualidad**, la importancia sea semejante a la del resto de colectivos profesionales que prestan sus servicios en los hospitales ( Actualidad Me=5). Se **aspira**, especialmente, a que **se forme** a los y las profesionales del trabajo social en materia de atención a mujeres víctimas de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico (Deseo Me=9).

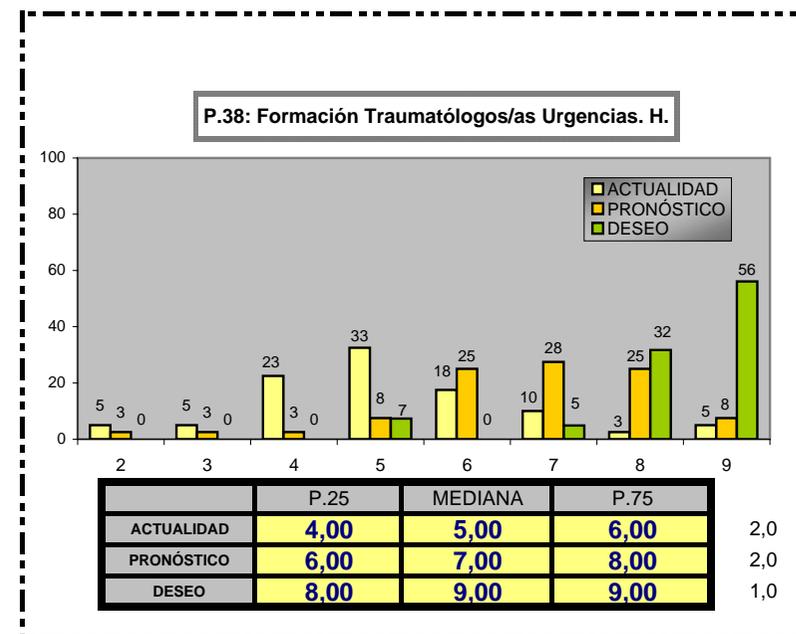
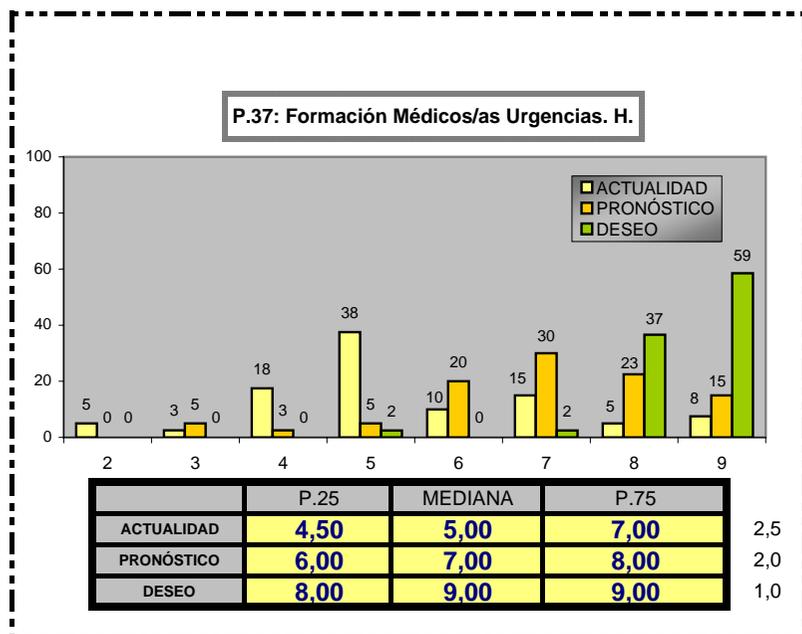
El **personal gestor** de hospitales en la **actualidad** se encuentra entre los colectivos **menos prioritarios** a la hora de formarse en materia de VCM. **No hay consenso** en torno a qué importancia se **desea** conceder a la formación del personal gestor de los hospitales (Deseo RI=3). En el **futuro** tendrá una **importancia media** la formación de este colectivo (Pronóstico Me=6).



Es destacable la **baja importancia** concedida en la actualidad a la formación en VCM al colectivo **médico de traumatología** (P. 30) (Actualidad Me=4), aunque **previsiblemente** se le concederá una **mayor importancia** (Pronóstico Me=6) y se **desea** que esta sea **alta** (Deseo Me=8)

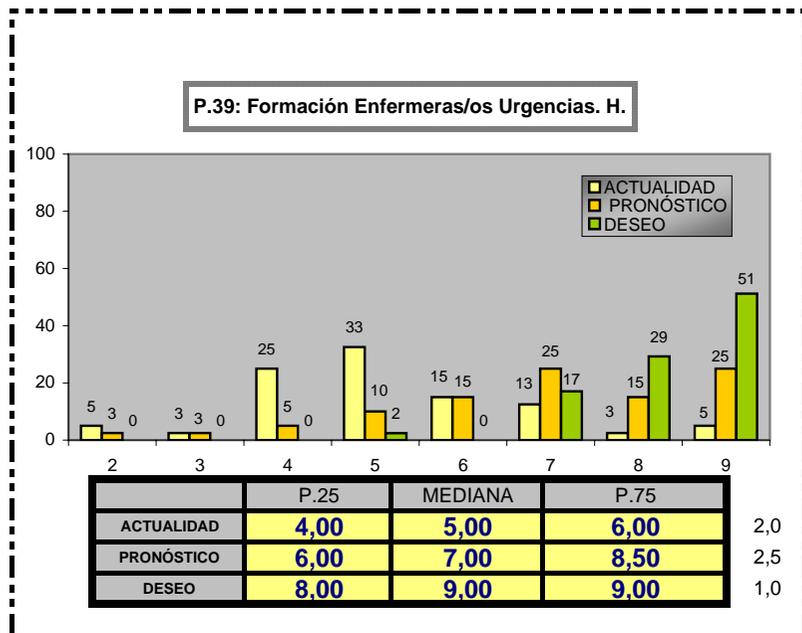
El personal del **área de atención a la clientela** (P.36) es el que cuenta con la puntuación **más baja** referida a la importancia de la formación en VCM, tanto en la **actualidad** (Actualidad Me=3) como en el **futuro** (Pronóstico Me=5). Respecto a la importancia que **desearía**, el panel de personas expertas, que se le concediera **no** se ha logrado **consenso** suficiente (Deseo RI=3).

### C.1- Urgencias hospitalarias, importancia de la formación en materia de violencia contra las mujeres



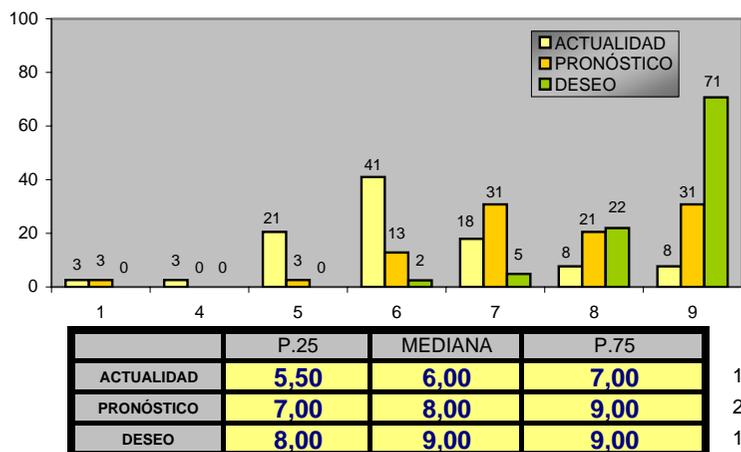
En el **servicio de urgencias hospitalarias** se han considerado a los **médicos y médicas de urgencias**, a los y las **traumatólogos** y al colectivo de **enfermería** (Gráfico página siguiente), ya que prestan atención sanitaria en este tipo de servicio.

Se aprecian resultados similares en los tres colectivos, la importancia que se presta en la **actualidad** a la formación en materia de VCM es **neutra** (Actualidad Me=5). Se **prevé**, al igual que en los otros colectivos sanitarios hospitalarios, que se concederá una **importancia mayor** a la formación tanto de médicos y médicas de urgencias, como de los y las traumatólogos, y de la enfermería del mismo servicio (Pronóstico Me=7). El **anhelo** de que estos colectivos sean formados es el **máximo** ( Deseo Me=9).

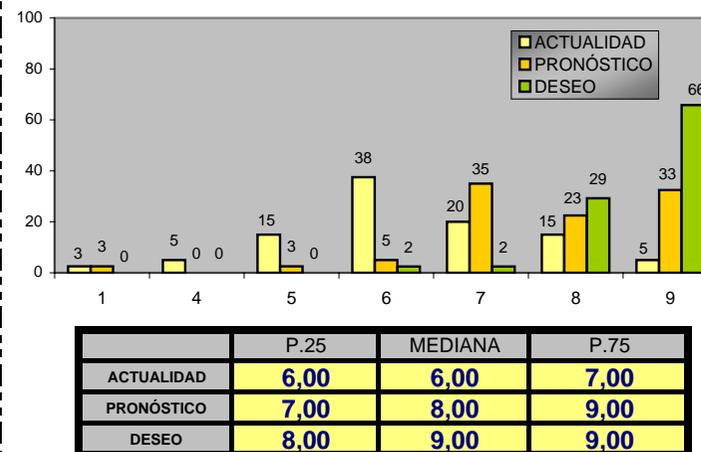


D- Centros de Salud Mental Extrahospitalaria

P.40: Formación Psicólogos/as CSM.



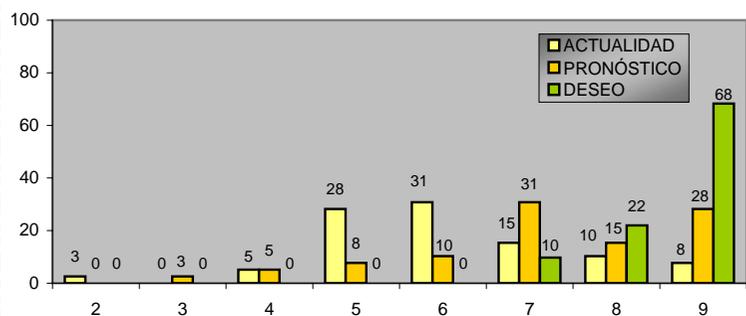
P.44: Formación Trabajo Social CSM.



Los colectivos profesionales integrados en la **salud mental extrahospitalaria** que se han analizado son los y las **psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermería, profesionales del trabajo social, personal gestor y del área de atención a la clientela**. Se presentan los resultados en función, de la importancia concedida en la actualidad a la formación en materia de violencia contra las mujeres de cada colectivo.

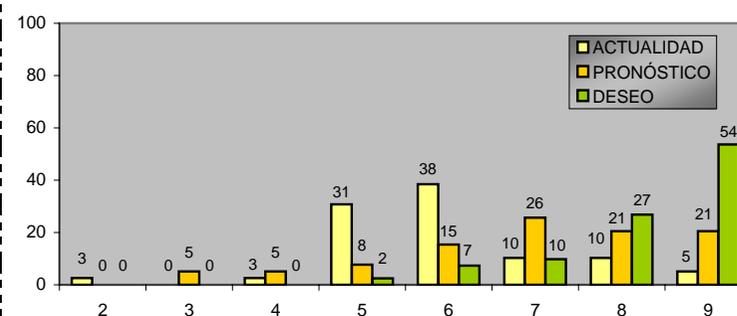
La **importancia actual, futura y deseable** de dirigir la formación en materia de VCM a **psicólogos y psicólogas clínicas** (P.40) y a profesionales del **trabajo social** (P.44), es la que mayor puntuación recibe de los y las panelistas consultadas (Actualidad Me=6, Pronóstico Me=8 y Deseo Me=9).

P.41: Formación Psiquiatras CSM.



	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	5,00	6,00	7,00	2,0
PRONÓSTICO	6,50	7,00	9,00	2,5
DESEO	8,00	9,00	9,00	1,0

P.42: Formación Enfermeras/os CSM.

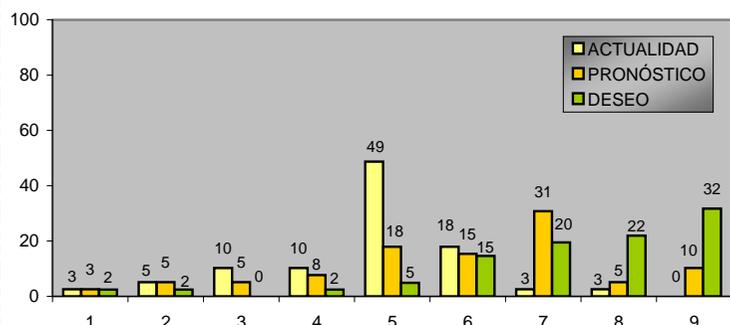


	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	5,00	6,00	6,50	1,5
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00	2,0
DESEO	8,00	9,00	9,00	1,0

Dirigir las acciones formativas en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico al colectivo de **psiquiatras** (P.41) y al de **enfermería** (P.42), tiene en la **actualidad**, y se **desea** que tenga, la **misma importancia** que focalizar la formación a los y las **psicólogas clínicas y a los y las trabajadoras sociales** (Actualidad Me=6 y Deseo Me=9).

Se **pronostica** que la importancia con la que contará dirigir la formación en materia de VCM tanto a los y las **psiquiatras** como a los y las **enfermeras**, aunque menor que la concedida a los dos colectivos anteriores, será **moderadamente alta** (Pronóstico Me=7).

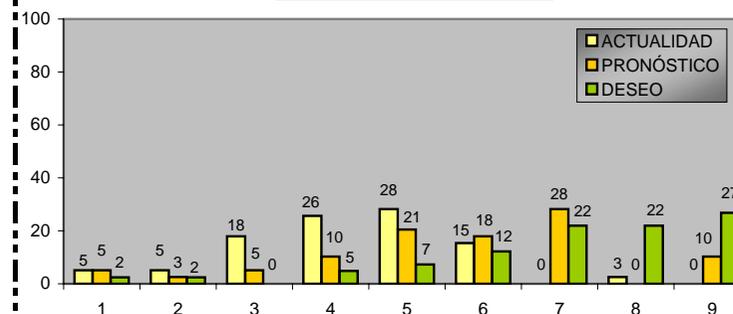
P. 43: Formación Gestión CSM.



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	5,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	6,00	8,00	9,00

1,0  
2,0  
3,0

P.45: Formación AAC CSM.



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	6,00	7,00	9,00

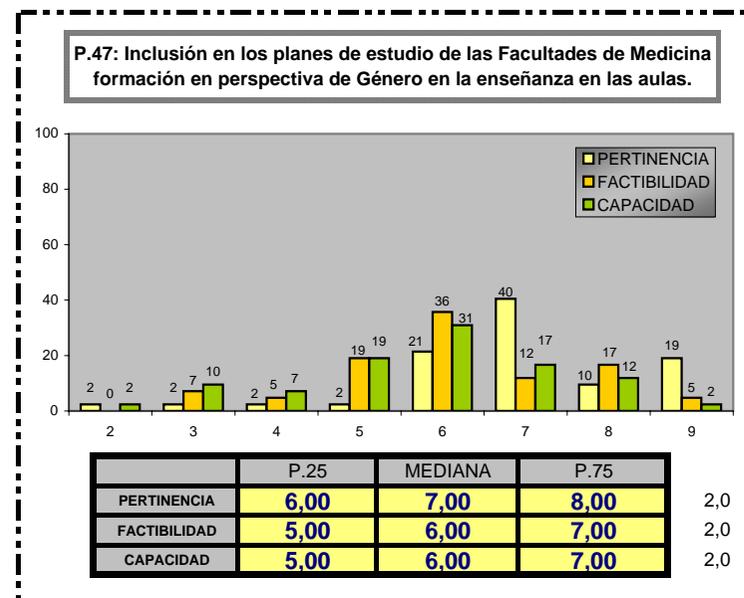
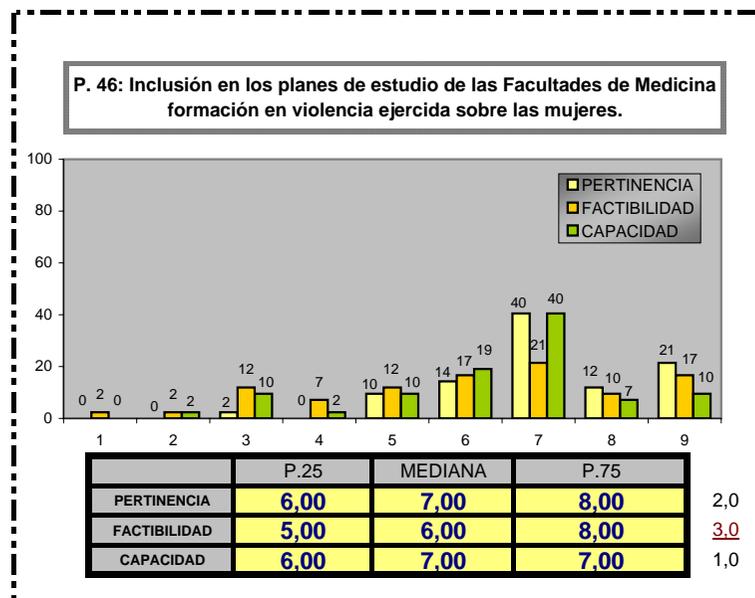
2,0  
2,0  
3,0

Se aprecia un **descenso**, respecto a otros colectivos de la **importancia** concedida a dirigir acciones de formación en materia de VCM al **personal gestor** de los centros de salud mental extrahospitalaria, tanto en la **actualidad** como en el **futuro** próximo (Actualidad Me=5, Pronóstico Me=6). **No** se ha logrado el **consenso** respecto al grado de importancia que se **desea** que se conceda a la formación de este colectivo en materia de VCM (Deseo Me=8).

La formación del **área de atención a la clientela** (P.45) es la que se está potenciando en **menor** medida en la **actualidad** (Actualidad Me=4). En opinión del panel se **incrementará** la importancia concedida a la formación en VCM de este colectivo aunque sin alcanzar los valores de colectivos anteriormente presentados (Pronóstico Me=6). Respecto al **deseo** de que se preste especial importancia a este colectivo, **no** se ha alcanzado el **consenso** mínimo marcado (Deseo Ri=3).

## 2- Acciones de mejora relacionadas con la formación en materia de violencia contra las mujeres

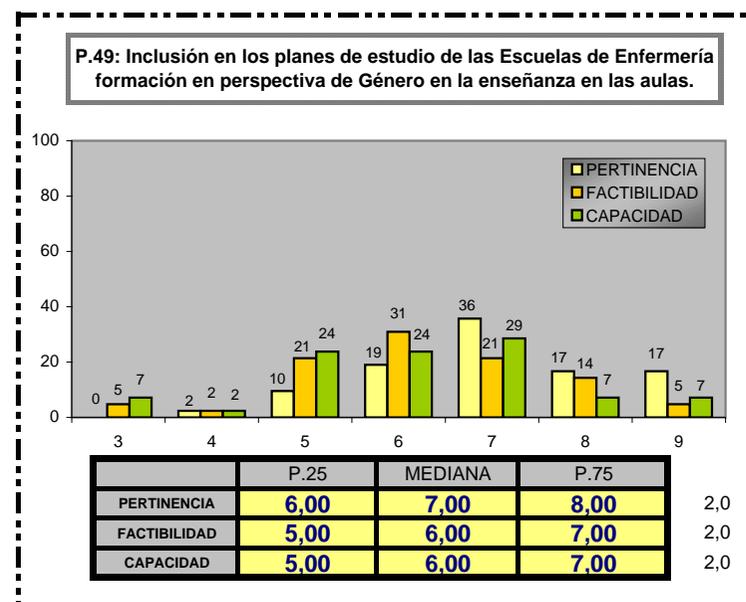
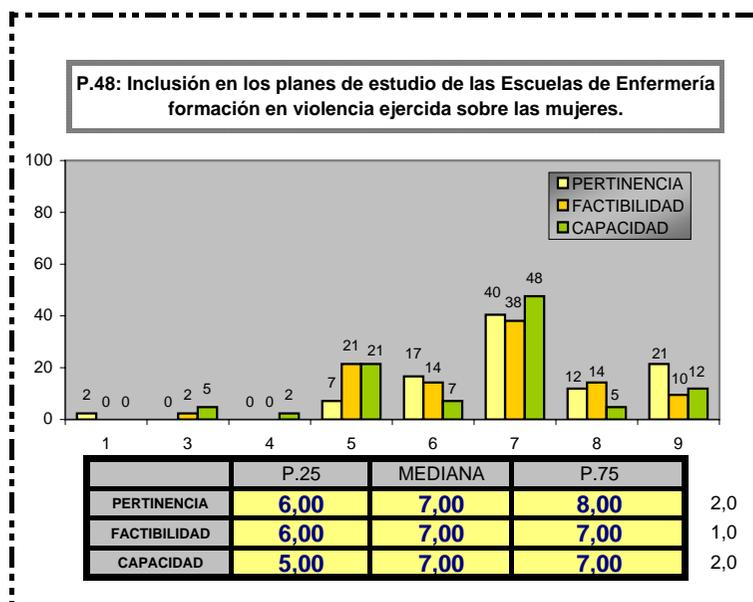
### A-Formación de pregrado



Las **acciones de mejora propuestas** inicialmente se refieren a acciones formativas en materia de violencia contra la mujer y perspectiva de género tanto de pregrado en las **Facultades de medicina** y en las **Escuelas de enfermería**, como de **formación continua**.

Se considera **pertinente** la inclusión en los planes de estudio de las **Facultades de Medicina**, de formación para la mejora de las competencias de los futuros médicos y médicas en la atención a casos de violencia contra las mujeres, de **formación específica** en materia del **maltrato** contra las mujeres (P.46) y de formación relacionada con la **perspectiva de género** (P.47) (Pertinencia Me=7).

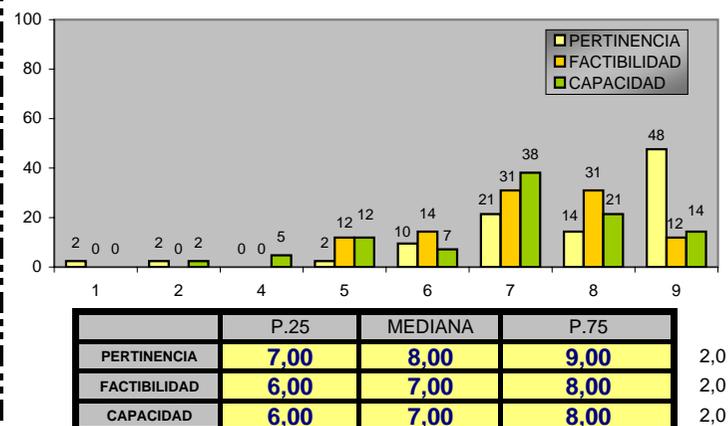
En opinión de los y las panelistas la puesta en marcha de estas propuestas **corresponde** en un nivel **medio-alto** al Departamento de Sanidad (Capacidad P.46 Me=7 y P.47 Me=6). Se considera **moderadamente factible** la inclusión de la formación en **perspectiva de género** (Factible Me=6). En el caso de la **factibilidad** u oportunidad de que se incluya en los planes de estudio de las **Facultades de medicina**, la formación en **VCM**, **no** se ha alcanzado el **consenso** esperado (Factibilidad RI=3).



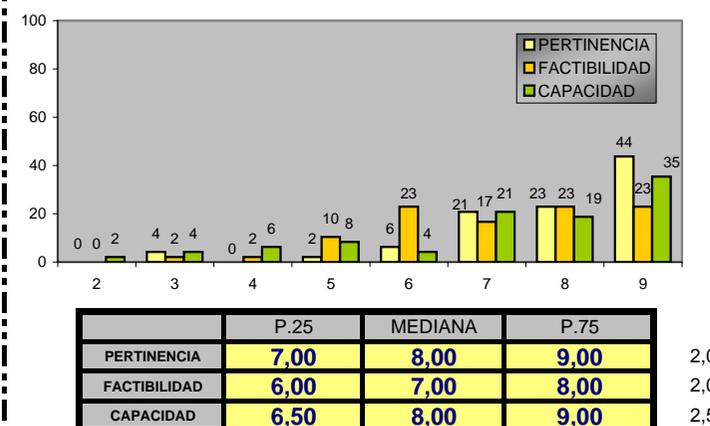
Se considera **pertinente, factible y con un grado de autonomía suficiente** por parte del Departamento de Sanidad, la incorporación en los planes de estudio de las **Escuelas de enfermería**, de la formación en **violencia ejercida contra las mujeres** (P.48) (Pertinencia, factibilidad y capacidad Me=7).

La inclusión de formación en **perspectiva de género** también es percibida como **pertinente** (P.49) (Pertinencia Me=7), aunque **disminuye** el grado de **factibilidad y capacidad** de inclusión en dichos planes de estudio (Factibilidad y capacidad Me=6).

**P.50: Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.**



**P.51: Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente. (1ªRonda)**

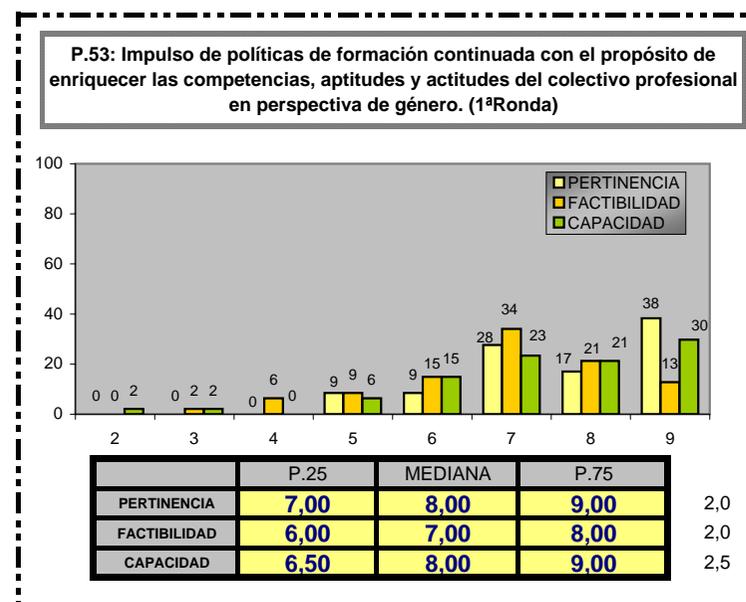
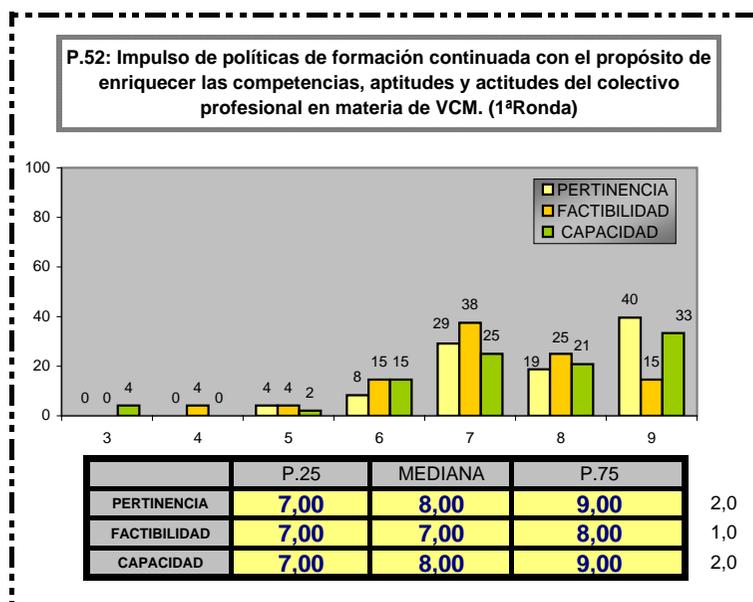


Es **altamente aceptada** la propuesta de incluir en los planes de estudio tanto de las **Facultades de medicina** (P.50) como en las **Escuelas de enfermería** (P.51) de formación en **habilidades de comunicación, técnicas de entrevista y perspectiva del y la paciente**.

Se estima que la inclusión en el contenido de la formación en este tipo de destrezas, puede **contribuir efectivamente** a la mejora del abordaje desde el ámbito sanitario de los casos de violencia contra las mujeres (Pertinencia Me=8).

La percepción de los y las panelistas respecto al grado de **factibilidad** de que esta medida se materialice y se desarrolle, es **moderadamente alta** (Factibilidad Me=7). Creen que esta acción dirigida a la mejora en la formación de futuros y futuras profesionales se encontraría **dentro de las funciones** del Departamento de Sanidad (P.50, Capacidad Me=7 y P.51 Me=8).

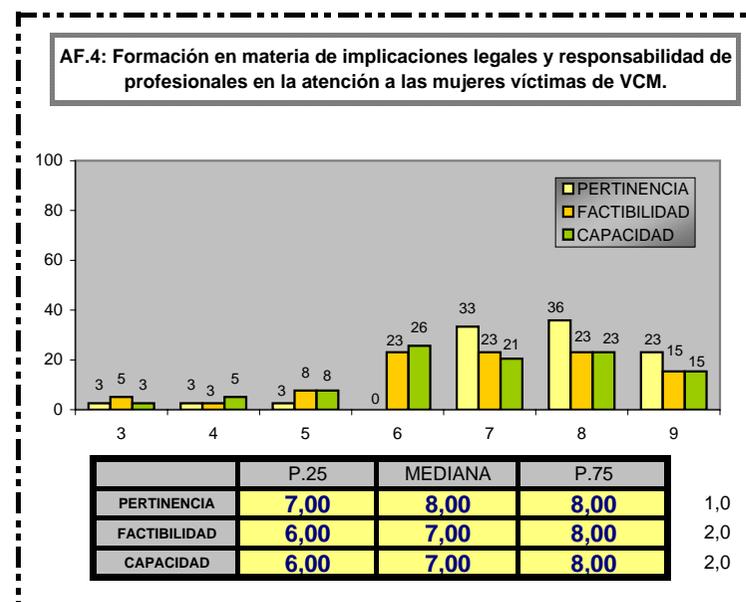
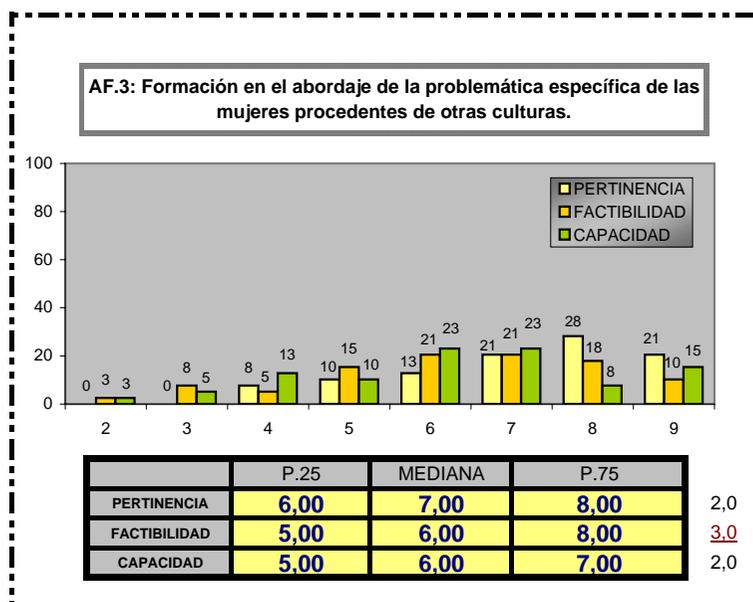
B- Formación continuada



El panel se muestra **altamente favorable** al **impulso de políticas de formación continuada** dirigida al personal que trabaja en la sanidad, con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes en materia de **violencia contra las mujeres** (P.52) y en **perspectiva de género** (P.53).

Se opina que es una medida **altamente pertinente** (Pertinencia Me=8), **factible** (Factibilidad Me=7) y cuyo desarrollo se enmarcaría dentro de las **funciones** del Departamento de Sanidad (Capacidad Me=8).

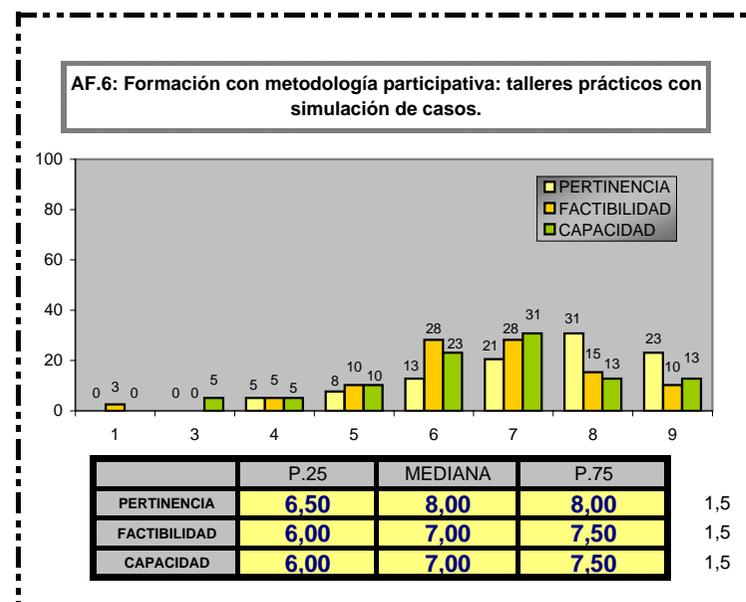
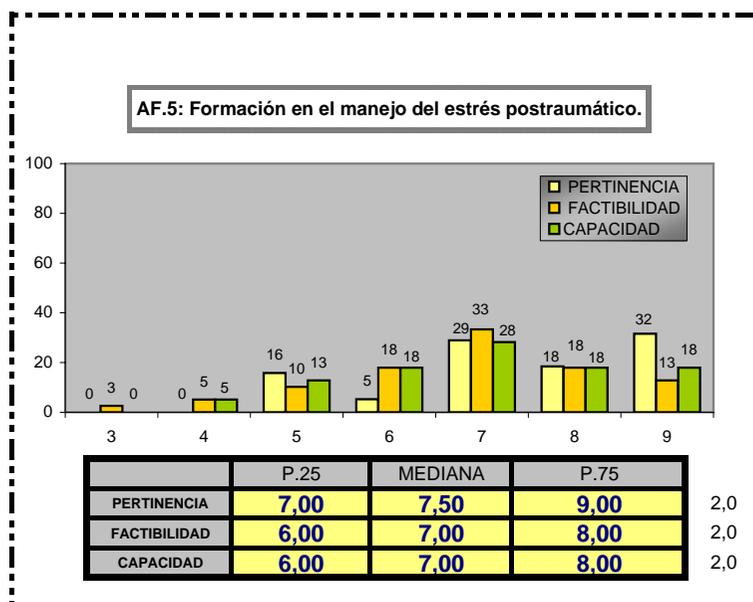
## 2.1- Acciones de mejora propuestas por panelistas en materia de formación especializada (AF)



Algunos y algunas panelistas incorporaron nuevas acciones de mejora durante la primera ronda Delphi relacionadas con el contenido, participantes y metodología de la formación. Los resultados se recogen en esta sección y se presentan a continuación.

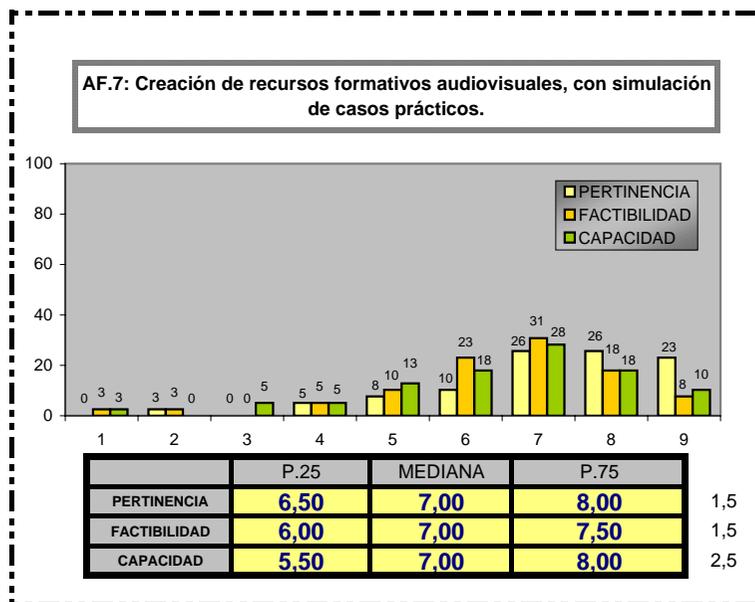
Se han acogido de **manera positiva** las nuevas acciones de mejora relacionadas con el **contenido y metodología** de la formación, logrando en su mayoría el grado de consenso estimado y puntuaciones favorables respecto a la relevancia de la propuesta para la atención de la violencia contra las mujeres.

Se estima que la formación en materia de las **implicaciones legales y la responsabilidad** de profesionales sanitarios en la atención a las mujeres víctimas de VCM (AF.4) es una medida que **puede contribuir efectivamente a mejorar** el abordaje de los casos de VCM (Pertinencia Me=8).



Se opina que sería **pertinente** que la formación dirigida a mejorar las competencias, conocimientos y habilidades del personal sanitario en la atención de casos de maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico, incluyera **formación en el manejo del estrés postraumático** (Pertinencia Me=7,5). Esta medida es considerada como **factible** (Factibilidad Me=7) y con **capacidad** por parte del Departamento de Sanidad para su puesta en marcha (Capacidad Me=7).

Las dos últimas acciones de mejora aportadas por panelistas en relación a la formación como herramienta de mejora de la atención a los casos de VCM, se refieren a la **metodología** de las acciones formativas. Se propone que esta incluya la **simulación de casos prácticos** que permitan conocer y reconocer casos de VCM con los que el sistema sanitario se puede encontrar. La propuesta incluye la realización de **talleres prácticos** (AF.6) y la creación de recursos formativos **audiovisuales** (AF.7) con simulación de casos (sus resultados se comentan en la siguiente página).



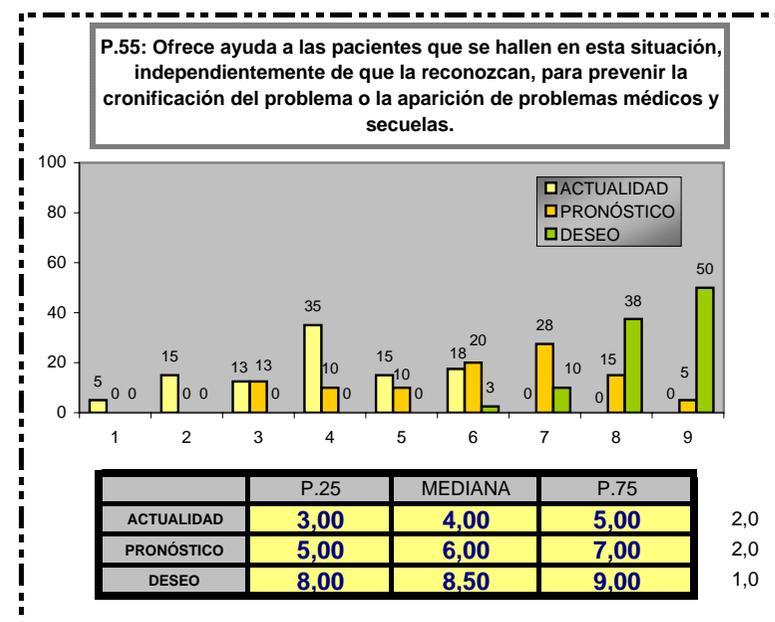
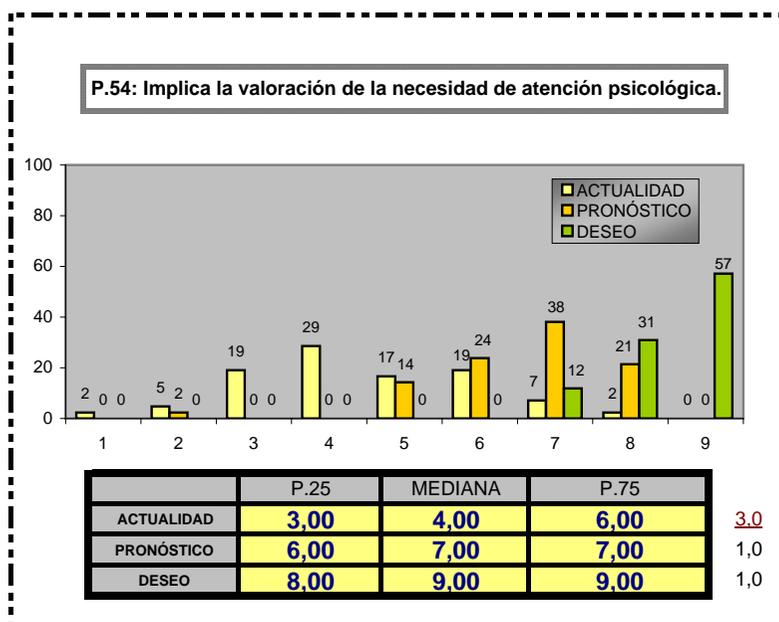
Se percibe como pertinente la formación a través tanto de la realización de **talleres participativos** (Pertinencia Me=8), como de recursos **audiovisuales** aunque en menor medida (Pertinencia Me=7). Ambas propuestas son consideradas **factibles** (Factibilidad Me=7) y con la **autonomía** suficiente por parte del Departamento de Sanidad para su puesta en marcha (Capacidad Me=7).

#### **IV.2.3- MODELO DE INTERVENCIÓN SANITARIO en MATERIA de VIOLENCIA contra las MUJERES**

El tercer apartado dedicado al conocimiento de la visión de los y las expertas respecto a la atención sanitaria de la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico (VCM), recoge la visión de los y las panelistas sobre el modelo de intervención desde el que actúa el Sistema Sanitario.

Se abordan diferentes aspectos necesarios para la realización de un abordaje integral de la VCM- aspectos sanitarios, sociales y legales- y se ofrecen una serie de propuestas relativas a la organización del servicio para su valoración por parte de los y las panelistas.

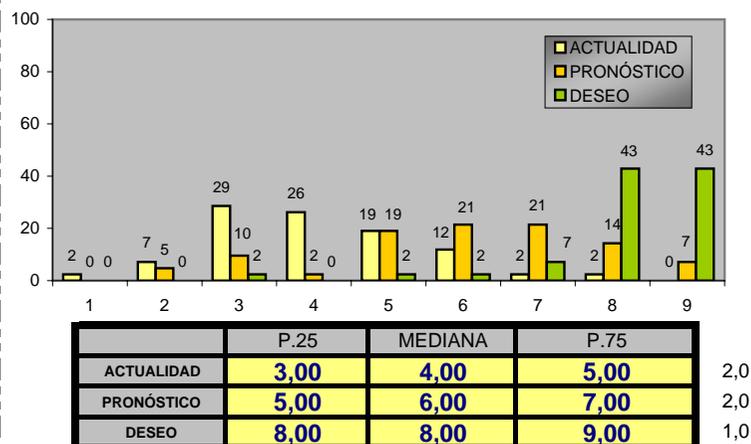
### 1- Construcción de escenarios



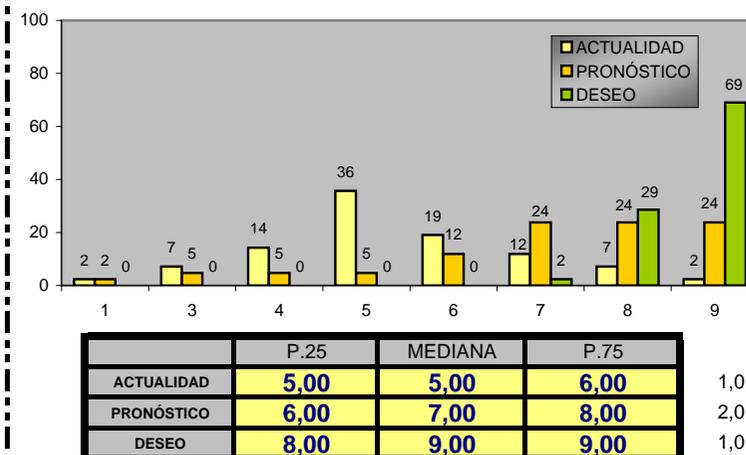
Se percibe como altamente deseable que en los casos atendidos de víctimas de VCM en los que se realice una intervención sanitaria, esta implique la valoración de la **necesidad de una atención psicológica** (P.54) (Deseo Me=9). El pronóstico realizado por los y las panelistas sobre si se realizará en estos casos una valoración de la necesidad de atención psicológica, es de una probabilidad moderadamente **alta** (Pronóstico Me=7). En la actualidad no es claro si esta valoración se realiza o no, puesto que no se ha logrado consensuar esta afirmación (Actualidad RI=3).

Parece que queda un largo camino que recorrer para que se generalice entre los y las profesionales sanitarias el **ofrecer ayuda a las pacientes, independientemente de que la reconozcan, para prevenir la cronificación del problema o la aparición de problemas médicos y secuelas** (P.55). En opinión del panel en la actualidad esta no se ofrece (Actualidad Me=4) y aunque en el espacio temporal estudiado (hasta el año 2012) se incremente la tendencia a ofrecer ayuda a aquellas pacientes que sean víctimas de VCM, independientemente de que reconozcan la situación (Pronóstico Me=6), no se alcanzarán los niveles deseables (Deseo Me=8,5).

**P.56: El personal sanitario informa a la mujer sobre los diferentes recursos sociales disponibles.**



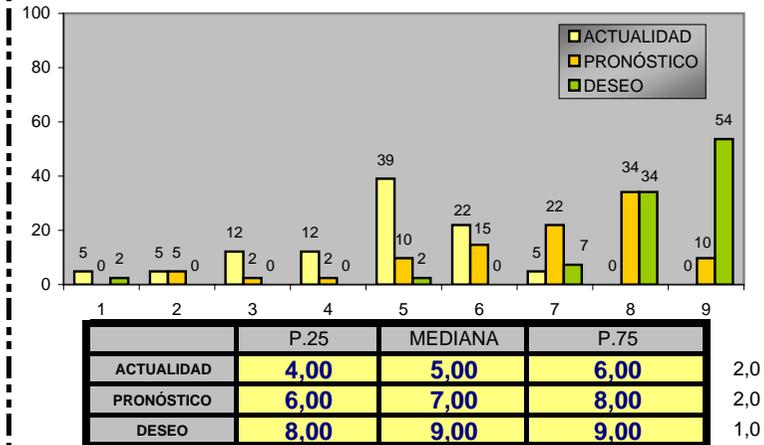
**P.57: En el caso de voluntad de denuncia se facilita la información sobre los trámites necesarios para interponerla.**



Las preguntas cuyos resultados se presentan en la parte superior se refieren al **tipo de información** facilitada por el personal sanitario, concretamente, sobre los **recursos sociales** disponibles (P.56) y los **trámites necesarios para la denuncia** a su agresor (P.57).

La información facilitada en la actualidad alcanza una puntuación baja (Actualidad P.56 Me=4 y P.57 Me=5), aunque se prevé que se tenderá a ofrecer una mayor información sobre estos aspectos (Pronóstico P.56 Me=6 y P.57 Me=7), deseando que alcance los más altos niveles de importancia (Deseo P.56 Me=8 y P.57 Me=9).

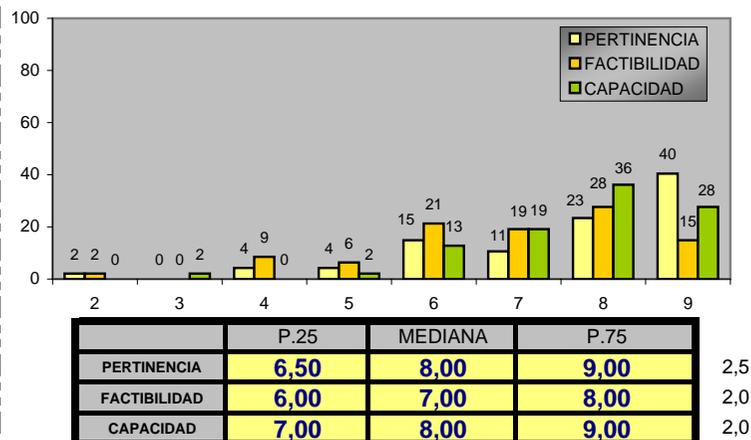
**P.58: Inclusión en la Historia Clínica de la existencia e incluso sospecha de una situación de maltrato.**



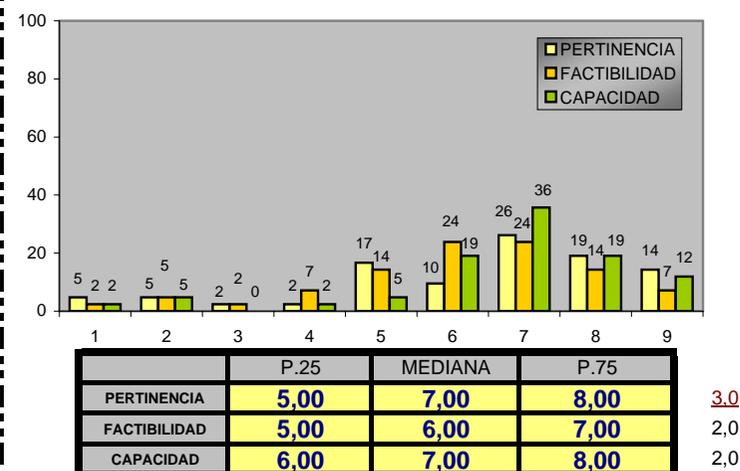
Se estima deseable la inclusión en la **Historia Clínica** de las pacientes con esta problemática, la existencia o sospecha de una situación de maltrato (Deseo Me=9). Que esto se realice en la actualidad recibe un puntuación neutra (Actualidad Me=5), siendo pronosticado que se tenderá a incluir este tipo de información en las Historias Clínicas (Pronóstico Me=7).

## 2- Acciones de mejora relacionadas con el proceso de intervención

**P.59: Motivar a los y las profesionales sanitarios para lograr una mayor implicación en el proceso de atención sanitaria a mujeres víctimas del maltrato. (1ªRonda)**



**P.60: Creación de unidades de referencia en los Centros de Salud que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.**

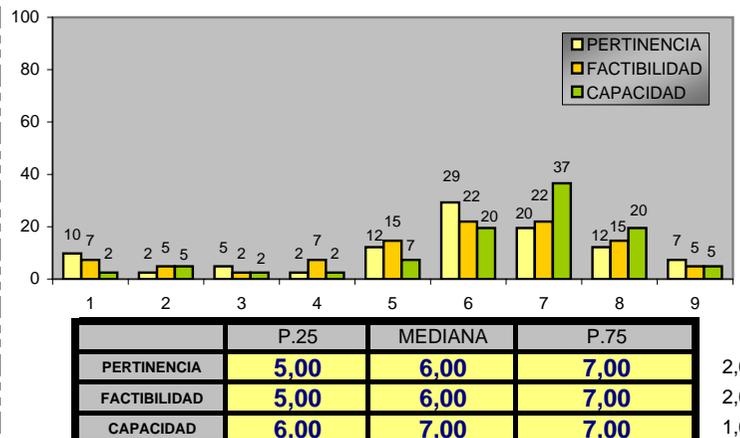


Se observa un posicionamiento de aceptación con la pertinencia, factibilidad y capacidad para **motivar** a los y las sanitarias para lograr una mayor **implicación en el proceso de atención sanitaria a mujeres víctimas de maltrato** en el ámbito doméstico (P.59). Señalar que esta propuesta alcanzó el consenso mínimo establecido en la ronda inicial.

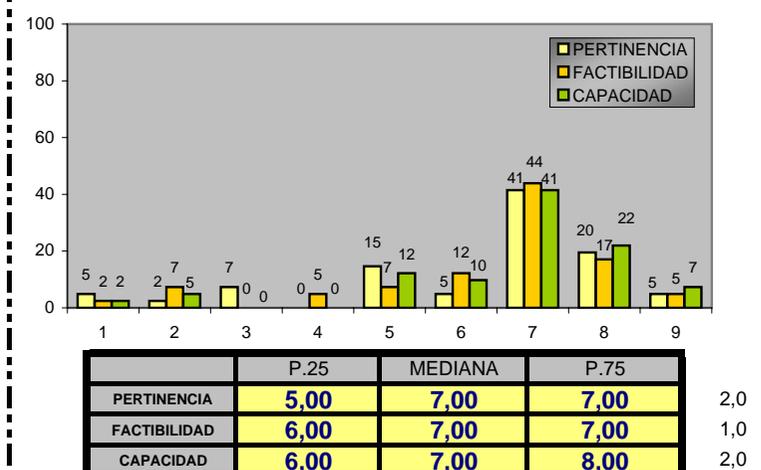
Los gráficos siguientes hasta la finalización del siguiente apartado (de P.60 a P.63), se refieren a la creación de unidades de referencia en los diferentes centros: centros de salud, puntos de atención continuada, hospitales y centros de salud mental extrahospitalaria, que sirvan de orientación y apoyo a profesionales que forman parte de los mismos.

Es en el primer caso abordado, el de los centros de salud (P.60), en el que no se observa la existencia de consenso (RI=3) en relación a la pertinencia de esta medida, en el resto sí se ha logrado consenso entorno a este ítem.

**P.61: Creación de unidades de referencia en los PAC que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.**



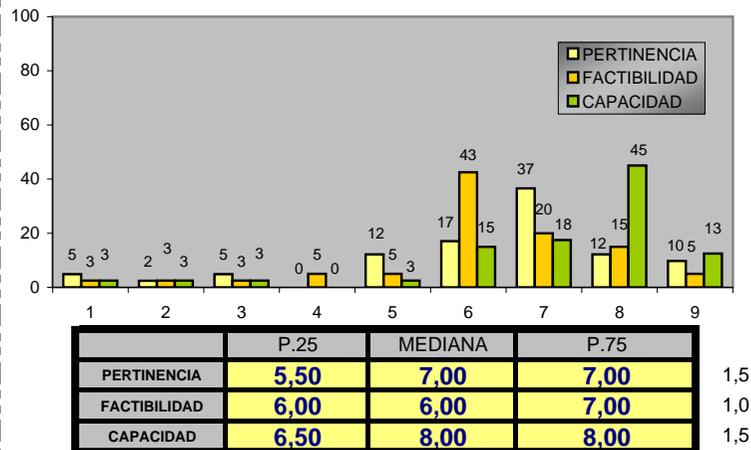
**P.62: Creación de unidades de referencia en los Hospitales que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.**



Se considera moderadamente pertinente y factible, la creación de estas **unidades de referencia** en los **puntos de atención continuada** ( P.61) (Pertinencia y Factibilidad Me=6)

Los resultados referidos a la creación de dichas unidades en los **Hospitales** (P.62) reflejan una mayor unanimidad entre la pertinencia, factibilidad y capacidad en su establecimiento en los Hospitales; alcanzando el grado de aceptación tanto en su pertinencia, y factibilidad como en la capacidad del Departamento de Sanidad para la puesta en marcha de unidades de referencia (Pertinencia, factibilidad, capacidad Me=7).

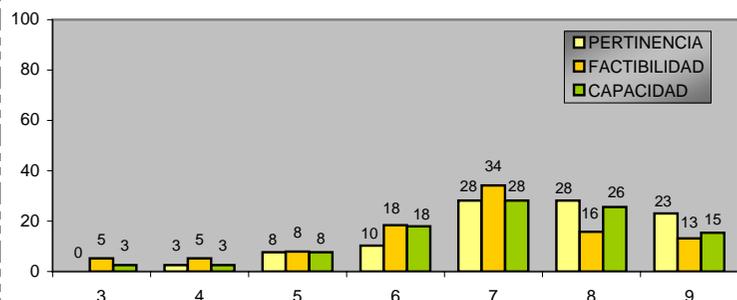
**P.63: Creación de unidades de referencia en cada Centro de Salud Mental Extrahospitalaria que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.**



La propuesta de la creación de **unidades de referencia** en cada **centro de salud mental extrahospitalaria** ha sido acogida de manera positiva, puesto que se concibe como una acción pertinente (Pertinencia Me=7) y con máxima capacidad para su puesta en marcha por parte del Departamento de Salud (Capacidad Me=8). La factibilidad de esta medida recibe una puntuación moderada (Factibilidad Me=6).

## 2.1- Acciones de mejora relacionadas con la intervención propuestas por panelistas (AI)

**AI.1: Dotar de un papel relevante a la Salud Mental en la tratamiento de las mujeres víctimas de CVM**



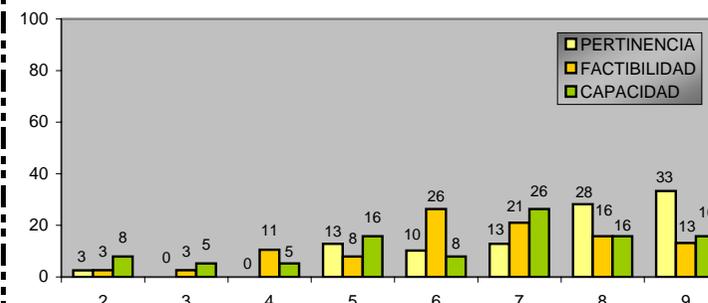
	P.25	MEDIANA	P.75
PERTINENCIA	7,00	7,50	8,00
FACTIBILIDAD	6,00	7,00	8,00
CAPACIDAD	6,00	7,00	8,00

1,0

2,0

2,0

**AI.2: Reforzar los Servicios Sociales propios. Incremento de personal de Trabajo Social.**



	P.25	MEDIANA	P.75
PERTINENCIA	7,00	8,00	9,00
FACTIBILIDAD	6,00	6,50	8,00
CAPACIDAD	5,00	7,00	8,00

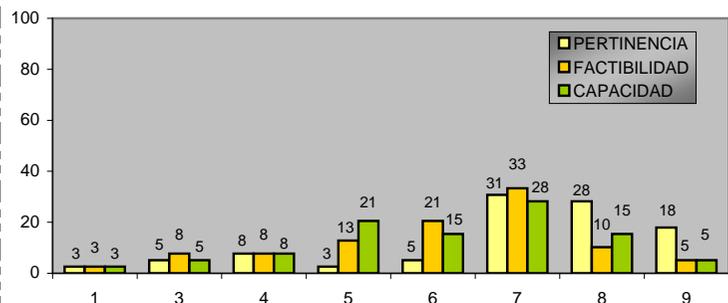
2,0

2,0

3,0

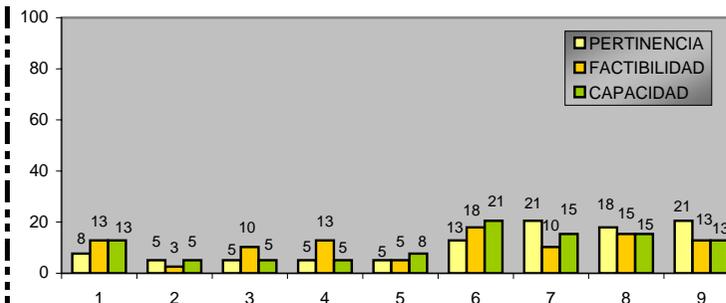
Se reconoce la **labor fundamental** que la **salud mental** puede realizar en la intervención sanitaria con las mujeres víctimas de VCM, para ello se propone dotarle de un papel relevante en el tratamiento de las pacientes víctimas de VCM (AI.1). Esta se considera una medida tanto pertinente (Pertinencia Me=7,5), como factible (y para cuya puesta en marcha tiene capacidad el Departamento de Sanidad (Capacidad Me=7)).

**AI.3: Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias a nivel comarcal con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional**



	P.25	MEDIANA	P.75	
PERTINENCIA	7,00	7,00	8,00	1,0
FACTIBILIDAD	5,00	6,00	7,00	2,0
CAPACIDAD	5,00	6,00	7,00	2,0

**AI.4: Establecer programas de Cribado Universal para la detección de los casos de VCM.**



	P.25	MEDIANA	P.75	
PERTINENCIA	5,00	7,00	8,00	3,0
FACTIBILIDAD	3,50	6,00	8,00	4,5
CAPACIDAD	4,00	6,00	8,00	4,0

El planteamiento de la creación de unidades de referencia en los centros de salud que sirvan de apoyo y orientación a los y las profesionales, no logró el consenso esperado respecto a su grado de pertinencia. Esta propuesta fue mejorada por parte del panel, aportando la sugerencia de que estas **unidades** fueran a nivel de **Comarca Sanitaria**, de carácter multidisciplinar añadiendo las funciones de formación y apoyo intra y extrainstitucional (AI.3). En este caso, se ha logrado el consenso necesario para establecer su grado de pertinencia, siendo este moderadamente alto (Pertinencia Me=7). Además de considerar la medida levemente factible (Factibilidad Me=6) y con capacidad por parte del Departamento de Sanidad para su puesta en marcha (Capacidad Me=6).

Se propuso establecer programas de **Cribado Universal** para la detección de los casos de VCM; sin embargo, esta medida no ha logrado consenso necesario.

#### IV.2.4. PROTOCOLO SANITARIO ante el MALTRATO en el ámbito DOMÉSTICO contra las MUJERES

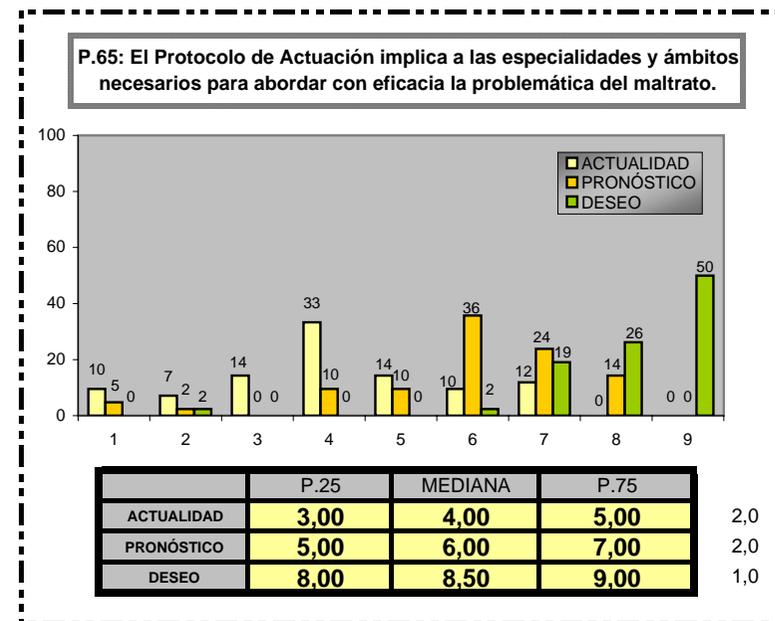
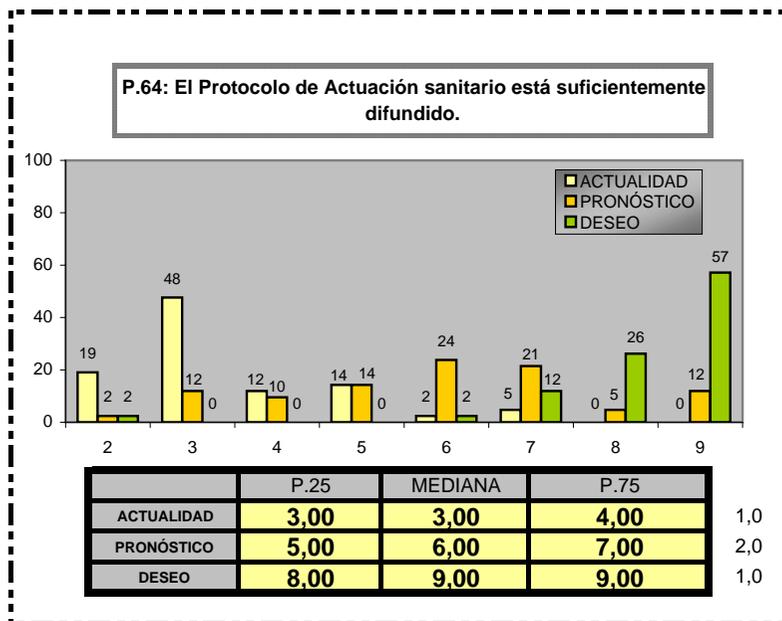
Para conocer la percepción de los y las panelistas sobre el "Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres"(En adelante Protocolo de actuación), han mostrado su visión sobre su utilidad para la mejora de la atención sanitaria de la violencia en el ámbito doméstico, su grado de difusión, conocimiento y aplicación entre los diferentes colectivos sanitarios.

A la hora de conocer la visión de los y las panelistas sobre el grado de conocimiento y aplicación del Protocolo se solicitó que ofrecieran la visión en cuanto a sus centros de referencia, así el personal de los Centros de Salud aportó su visión sobre el conocimiento y aplicación en los Centros de Salud y los PAC, el personal de los Hospitales en los Centros Hospitalarios y el personal de Salud Mental en los Centros de Salud Mental Extrahospitalaria. El personal de gestión valoró el conocimiento y aplicación del Protocolo en todos los centros sanitarios.

Las acciones de mejora propuestas versan sobre herramientas para la mejora de su conocimiento y aplicación.

1.- Construcción de escenarios.

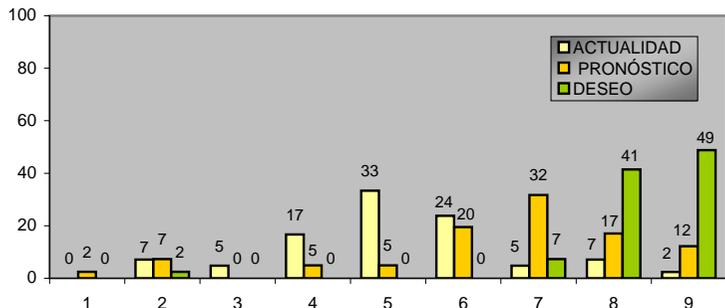
1.1- Valoración del Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres



Se considera que hasta la fecha **no** se ha **difundido** el Protocolo de actuación **suficientemente** (P.64) (Actualidad Me=3), aunque la previsión es que aumentará su difusión (Pronóstico), esta no alcanzará el nivel máximo de difusión deseado (Deseo Me=9).

Ante si consideran que el Protocolo de actuación implica a las **especialidades** y **ámbitos** necesarios para abordar con **eficacia** la problemática del maltrato, el panel manifiesta que en la actualidad **no** se **implica** a las especialidades y ámbitos **necesarios** (Actualidad Me=4). Se percibe que en la medida que se vaya mejorando el protocolo este irá incluyendo a las especialidades necesarias (Pronóstico Me=6).

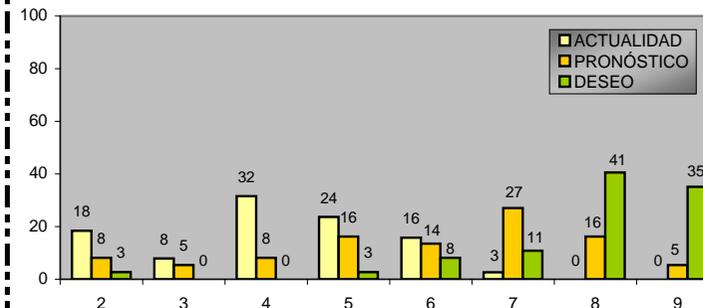
**P.66: El desarrollo del Protocolo de Actuación es una herramienta útil para la mejora de la atención a mujeres víctimas del maltrato.**



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

2,0  
2,0  
1,0

**P.67: La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la detección de un mayor número de casos de mujeres**

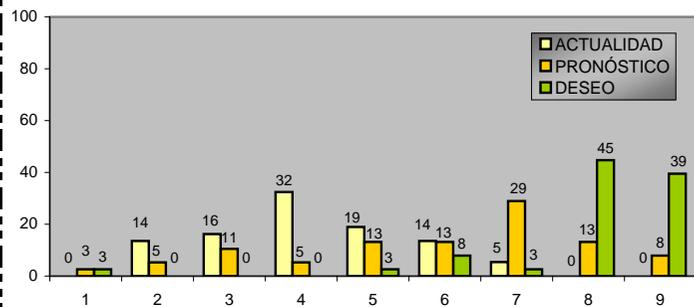


	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

1,0  
2,0  
1,0

El panel se muestra **neutral** a la hora de considerar que el Protocolo de actuación en la actualidad sea una herramienta **útil** para la **mejora** de la **atención** a mujeres víctimas de VCM (P.66) (Actualidad Me=5) y muestra su **escepticismo** con que su aplicación haya supuesto la **detección** de un mayor número de casos de VCM (Actualidad Me=4) y que haya mejorado el **seguimiento** de casos de VCM (P.69, información en la página siguiente) (Actualidad Me=4).

**P.68: La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la mejora del seguimiento de casos de mujeres víctimas de maltrato.**



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

2,0

2,0

1,0

## 1.2- Grado de conocimiento y aplicación del Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres

Para conocer el grado de conocimiento y aplicación del "Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres" (Protocolo de actuación o Protocolo), se han analizado los diferentes colectivos sanitarios objeto de estudio desagregados por el tipo de centro sanitario en el que desempeñan su trabajo (centros de salud, puntos de atención continuada, hospitales y centros de salud mental extrahospitalaria). De esta manera se dispone de información concreta por cada uno de los colectivos sanitarios, esto supone reflejar la información en total de 57 gráficos de frecuencias e igual número de tablas de estadísticos y para facilitar la lectura y comprensión de los resultados obtenidos se ha optado por reflejar únicamente las tablas de estadísticos.

Los resultados sobre el grado de conocimiento y aplicación del Protocolo de actuación se presentan distribuidos por el tipo de centro. Se presentan los colectivos ordenados de manera ascendente según las puntuaciones concedidas por las personas expertas al grado de conocimiento o aplicación del Protocolo de actuación en la actualidad.

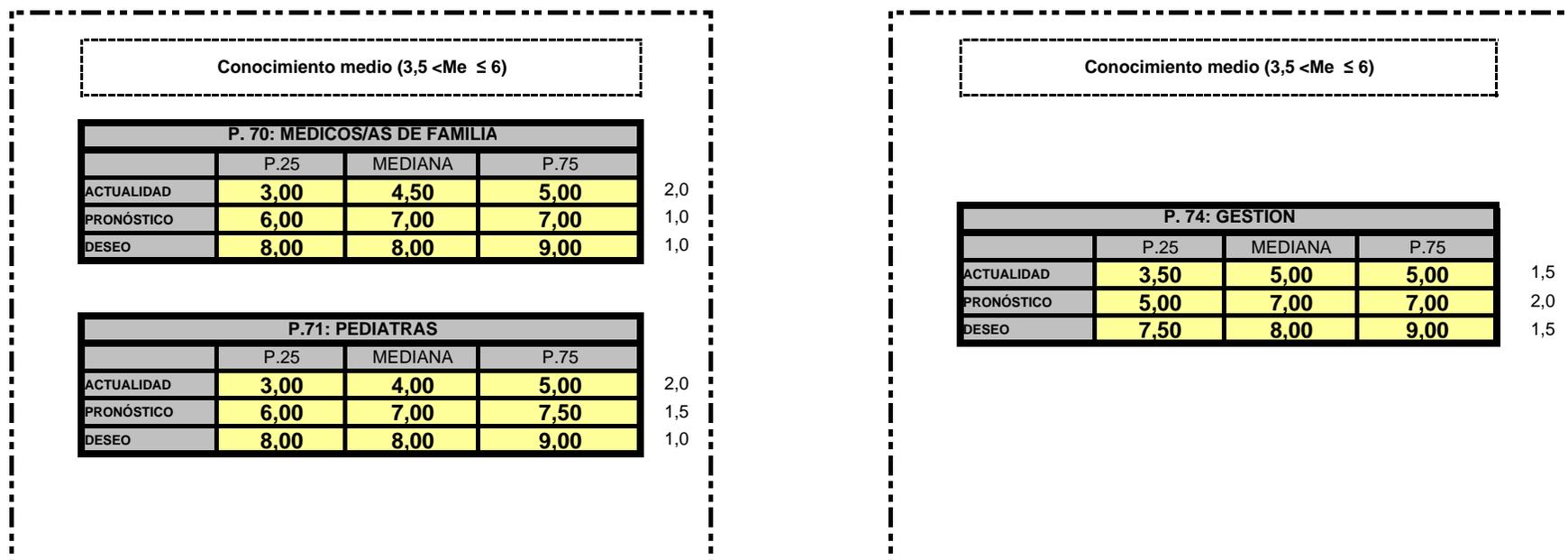
La tipificación de la puntuación concedida se ha realizado de la siguiente manera:

Actualidad  $Me \leq 3,5$  Bajo/Nulo conocimiento o aplicación del Protocolo.

Actualidad  $3,5 < Me \leq 6$  Conocimiento o aplicación del Protocolo indeterminada.

Actualidad  $6 < Me \leq 9$  Alto conocimiento o aplicación del Protocolo.

### 1.2.1- Grado de conocimiento del Protocolo de Actuación A.- Centros de Salud



Entre quienes en la actualidad disponen de un conocimiento medio del Protocolo de actuación se encuentran los y las médicas de familia (P.70), los y las pediatras (P.71) y el personal gestor de los **centros de salud** (P.74) (Actualidad P.70 Me= 4,5, P.71 Me= 4 y P.74 Me=5).

Son coincidentes los valores otorgados a estos colectivos respecto al aumento del grado de conocimiento del Protocolo en el futuro (Pronóstico Me=7) y el alto deseo de que este sea conocido por el conjunto de profesionales que componen estos colectivos sanitarios (Deseo Me=8).

Es destacable que no se distinga ningún colectivo sanitario en el que se conozca de manera total, entre sus profesionales, el "Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres".

Bajo conocimiento (Me ≤ 3,5)			
<b>P. 72: ENFERMERÍA</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	2,50	3,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

P.73: MATRONERÍA			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	3,00	4,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

Bajo conocimiento (Me ≤ 3,5)			
<b>P.75: AAC</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	2,00	3,00	3,00
PRONÓSTICO	3,00	5,00	6,00
DESEO	6,00	8,00	9,00

En relación al grado de conocimiento del Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres en los **centros de salud**, destacan como colectivos con menor conocimiento del mismo: el colectivo de enfermería, matronería y el personal del área de atención a la clientela (Actualidad Me=3).

Se prevé que en los próximos años se amplíe el conocimiento del Protocolo entre el colectivo de **enfermería** y el de **matronería** (Pronóstico Me=6) siendo deseable que se encuentre entre los máximos valores de conocimiento (Deseo Me=8).

No se ha consensuado qué puntuación otorgar al conocimiento futuro y deseable del Protocolo por parte del personal del área de atención a la clientela (Pronóstico y actualidad RI=3).

## B.- Puntos de Atención Continuada (PAC)

Bajo conocimiento (Me ≤ 3,5)

P. 77: ENFERMERIA			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	2,00	3,00	4,00
PRONÓSTICO	5,00	7,00	7,00
DESEO	6,00	8,00	9,00

2,0  
2,0  
3,0

Conocimiento medio (3,5 <Me ≤ 6)

P.76: MÉDICOS/AS DE FAMILIA			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	5,00	5,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00

1,0  
2,0  
1,0

Entre los colectivos analizados de los **puntos de atención continuada (PAC) - enfermería (P.77) y médicos y médicas de familia (P.76)**- destaca el **bajo conocimiento** del Protocolo que, el panel de personas expertas estima, tiene el colectivo de enfermería en la actualidad (Actualidad Me=3). El grado de conocimiento del personal médico de familia alcanza los niveles medios de conocimiento del Protocolo (Actualidad Me=5).

En un futuro próximo se prevé que el personal de enfermería y el médico alcanzarán los mismos niveles de conocimiento del Protocolo pero sin que sea conocido por el conjunto de profesionales (Pronóstico Me=7). La aspiración a que el Protocolo de actuación sea conocido por el conjunto de profesionales alcanza los máximos valores (Deseo P.77 Me= 8 y P.76 Me=9).

## C.- Hospitales

Conocimiento medio (3,5 <Me ≤ 6)			
<b>P. 80: MATRONERIA</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	6,50	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			3,0
			2,0
			1,0
<b>P.81: TRAUMATÓLOGOS Y TRAUMATÓLOGAS</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	2,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	5,00	7,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			3,0
			2,0
			1,0
<b>P.85: GESTION</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	4,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	7,00	8,50	9,00
			1,0
			2,0
			2,0
<b>P.87: AAC</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	7,00	8,00	9,00
			2,0
			2,0
			2,0

Los colectivos sanitarios de los Hospitales han coincidido en adjudicar el mismo valor al grado de conocimiento del Protocolo en la actualidad, según estos, el Protocolo sanitario es hoy medianamente conocido (Actualidad Me=4). Cabe decir que en el caso del colectivo de **Matronería** (P.80) y del de especialistas en **Traumatología** (P.81) no se ha logrado el nivel de consenso necesario para posicionarse sobre esta cuestión (R.I=3)

Los y las panelistas no prevén que el nivel de conocimiento del Protocolo vaya a aumentar en gran medida en lo que respecta a los y las Especialistas en **Traumatología** (Pronóstico P.81 Me=5); en lo referente al colectivo de **Matronería** (P.80) y al personal, tanto de **Gestión** del Hospital (P.85) como de **Atención a la Clientela** (P.87), son algo más optimistas y consideran la posibilidad de que el conocimiento del protocolo pueda llegar a posicionarse en un nivel más alto (Pronóstico P.80 Me=6,50; P.85 y P.87 Me=6).

Aunque las previsiones sean algo más favorables que la situación presente, quedan lejos de las aspiraciones de dichos colectivos, ya que todos ellos desean alcanzar un alto grado de conocimiento en dicha materia (Deseo P.80 y P.81 Me=9; P.85 Me=8,50; P.87 Me=8).

Conocimiento medio (3,5 <Me ≤ 6)			
<b>P. 78: PEDIATRAS</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			3,0
			2,0
			1,0
<b>P.79: ENFERMERÍA</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	6,00	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			2,0
			2,0
			1,0

Conocimiento medio (3,5 <Me ≤ 6)			
<b>P.82: GINECOLOGOS Y GINECOLOGAS</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			2,0
			2,0
			1,0
<b>P.83: PSICÓLOGOS Y PSICÓLOGAS</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	5,50	7,00	7,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			2,0
			1,5
			1,0

Al igual que lo ocurrido con los anteriores colectivos del ámbito hospitalario, el panel también ha considerado que el conocimiento del protocolo de los colectivos de **Pediatría** (P.78), **Enfermería** (P.79), **Ginecología** (P.82), y **Psicología** (P.83) en el momento actual alcanza un nivel medio (Actualidad Me=5). En lo relativo al área de pediatría, hay que destacar que no se ha logrado el nivel de consenso imprescindible para adoptar una postura sobre este aspecto (R.I=3)

En general, se pronostica que en un futuro esta situación alcanzará un grado más alto, posicionando así a los y las especialistas en **Pediatría** (P.78), en **Ginecología** (P.82), y en **Psicología** (P.83) en un alto nivel de conocimiento protocolario (Pronóstico Me=7). En cuanto al colectivo de **Enfermería** (P.79), se estima que se situará en un grado medio de conocimiento del protocolo, por tanto, se puede decir que en comparación con su situación actual no se vaticina que vaya a haber un gran avance (Pronóstico P.79 Me=6).

El panel coincide, en relación a todos los colectivos, en que la ambición de todos ellos es alcanzar el nivel más alto de conocimiento del protocolo (Deseo Me=9)

Conocimiento medio ( $3,5 < Me \leq 6$ )

P.84: PSIQUIATRAS			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	4,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00

2,0

2,0

1,0

P.86: TRABAJO SOCIAL			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	5,00	5,00	7,00
PRONÓSTICO	7,00	7,50	9,00
DESEO	8,50	9,00	9,00

2,0

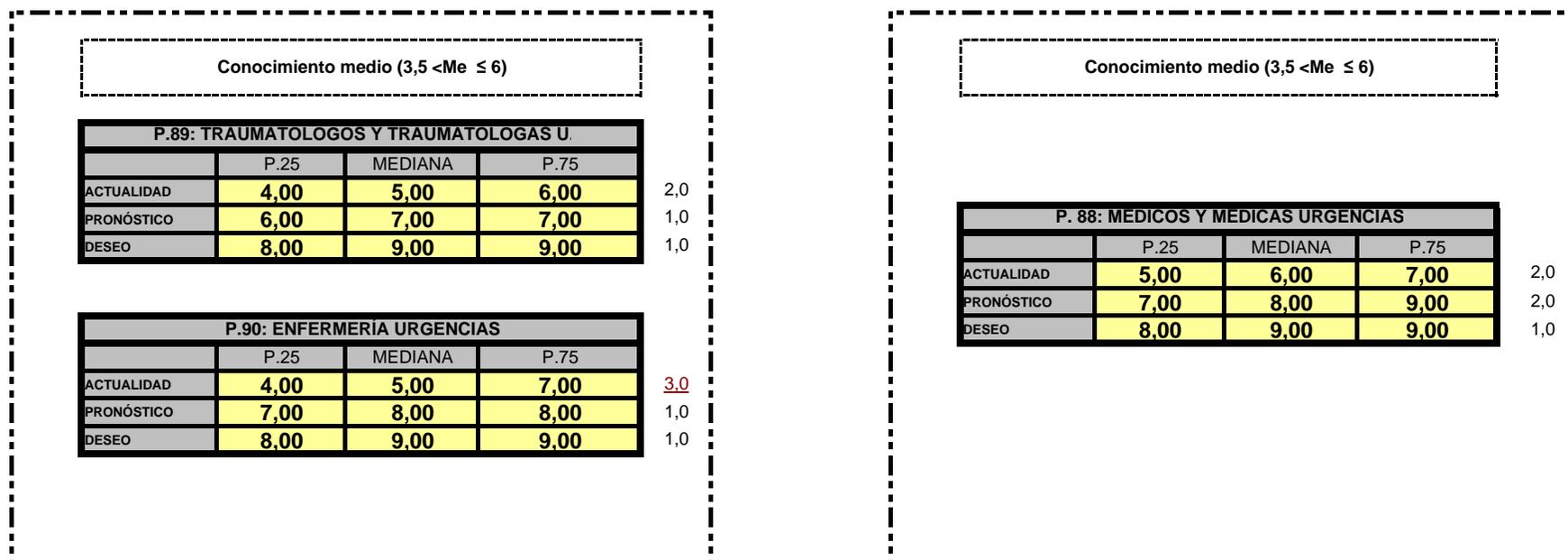
2,0

0,5

Ante la consideración del grado de **conocimiento** del Protocolo atribuido al colectivo de **Psiquiatría** (P.84), como al personal de **Trabajo Social** (P.86) en los momentos actuales se considera que este se ubica en un nivel medio (Actualidad  $Me=5$ ).

En relación a la situación futura de estos dos colectivos, se estima que se incrementará el nivel de conocimiento hasta un grado superior (Pronóstico P.84  $Me=7$ ; P.86  $Me=7,50$ ). Lo mismo pasa en lo relativo a sus aspiraciones, desearían posicionarse el nivel más alto de conocimiento protocolario (Deseo P.84 y P.86  $Me=9$ ).

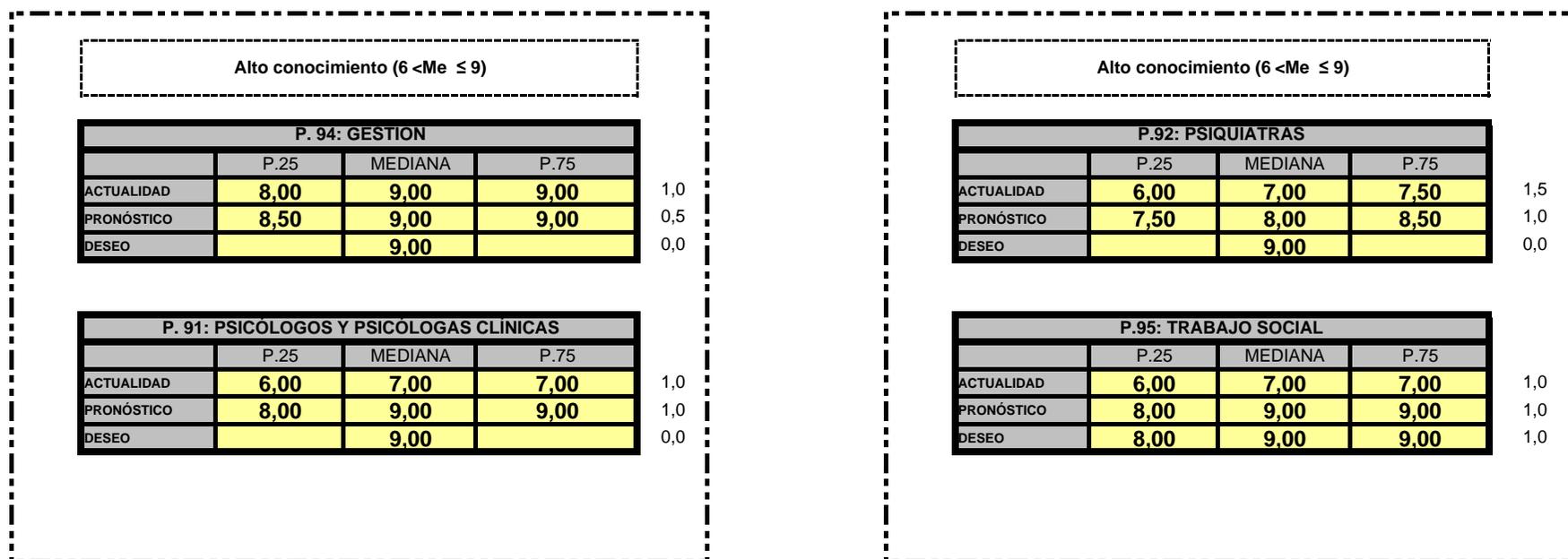
## C.1- Urgencias hospitalarias



En lo que corresponde a los colectivos que ofrecen sus servicios en el área de **Urgencias**: Facultativos y Facultativas de **Medicina** (P.88), Facultativos y Facultativas de **Traumatología** (P.89) y Personal de **Enfermería** (P.90); se considera que el conocimiento que tienen en la actualidad sobre el Protocolo está en un nivel medio de conocimiento (Actualidad P.88 Me=6; P.89 y P.90 Me=5). En el caso de Enfermería de Urgencias (P.90), no se ha podido alcanzar el nivel necesario para poder llegar a un consenso con respecto a este punto (R.I=3).

No obstante, se ha previsto que estos 3 colectivos puedan progresar en su situación actual de cara al futuro, y que puedan llegar a alcanzar un alto grado de conocimiento del protocolo (Pronóstico P.88 y P.90 Me=8; P.89 Me=7). También se posicionan en este grado las aspiraciones de los tres (Deseo P.88, P.89, P.90 Me=9).

## D.- Centros de Salud Mental Extrahospitalaria

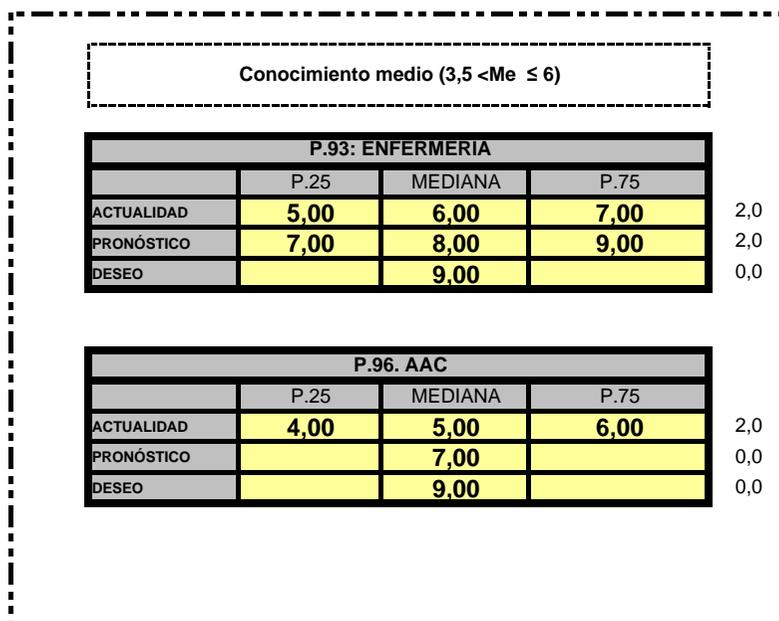


Como ya se ha señalado en la introducción de este apartado cada profesional del panel ha valorado el grado de conocimiento y aplicación del Protocolo en sus centros de referencia. Dado que la muestra de profesionales de la Salud Mental representada en el panel es susceptiblemente menor que la del resto de especialidades los resultados aquí presentados deben tomarse con cautela.

Se ha considerado que en la actualidad los colectivos de **Gestión de Centros de Salud Mental Extrahospitalaria**(P.94), colectivos de psicología (P.91), de **Psiquiatría** (P.92) y de **Trabajo Social** (P.95) tienen un alto grado de conocimiento del Protocolo (Actualidad P.94 Me=9; P.91, P.92, P.95 Me=7).

Igualmente se les ha posicionado en esa categoría a la hora de prever si en un futuro el conocimiento que tienen actualmente acerca del Protocolo aumentará; exceptuando el caso del personal de **Gestión** de Salud Mental Extrahospitalaria, cuyo valor no varía (Pronóstico P.94 Me=9), el resto de colectivos anteriormente mencionados progresan notablemente (Pronóstico P.91 y P.95 Me= 9; P.92 Me=8).

En cuanto al grado de aspiración, todos los colectivos han recibido el mismo valor, y por lo tanto, se sitúan igualmente en la misma posición de alto grado de conocimiento anteriormente mencionada. Se considera importante destacar que en los casos del colectivo de **Gestión**, del colectivo de psicología y del de psiquiatría ha habido un máximo consenso (Deseo P.94, P.91, P.92, P.95 Me=9) dado que la totalidad de participantes del panel que han contestado a estas preguntas han otorgado la misma puntuación.



En relación a los colectivos del Personal de **Enfermería** (P.93) y del **Personal de Atención a la clientela** (P.96) han recibido valores que les han hecho posicionarse en el nivel de conocimiento medio del Protocolo (Actualidad P.93 Me=6; P.96 Me=5).

De cara al futuro la previsión que hacen los y las panelistas con respecto a estos dos colectivos es algo más favorable, ya que prevén que alcanzarán un alto grado de conocimiento protocolario (Pronóstico P.93 Me= 8; y P.96 Me=7).

El objetivo deseado tanto para el personal de Enfermería (P.93) como para el de personal de Atención a la Clientela (P.96) ha sido consensuado al 100% y es, alcanzar el máximo valor del nivel alto de conocimiento (Deseo Me=9).

### 1.2.2.- Grado de aplicación del Protocolo de Actuación A.- Centros de Salud

Aplicación media (3,5 <Me ≤ 6)			
P. 97: MEDICOS/AS DE FAMILIA			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	5,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	5,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	8,00	9,00
			1,0
			3,0
			1,0
P.98: PEDIATRAS			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,00	9,00
			3,0
			1,0
			1,0
Aplicación media (3,5 <Me ≤ 6)			
P. 99: ENFERMERIA			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,50	8,00
DESEO	8,00	8,00	9,00
			2,0
			3,0
			1,0
P.101: GESTIÓN			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,50	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	6,50	8,00	9,00
			1,5
			2,0
			2,5

Los y las panelistas han coincidido en posicionar a los diferentes colectivos de Centros de Salud en el **grado de aplicación del Protocolo** concretamente, a los y las especialistas en Medicina de Familia (P.97), a los y las especialistas en **Pediatría** (P.98), al personal de **Enfermería** (P.99) y al personal de **Gestión** del Centro de Salud (P.101) en un mismo grado de aplicación del protocolo: el medio (Actualidad P.97 y P.98 Me=5; P.99 y P.101 Me=4). En el caso del colectivo de Pediatría no se ha podido llegar al nivel de consenso requerido (RI=3).

En cuanto a nivel aplicación que alcanzarán dichos colectivos en un futuro, los y las panelistas han vaticinado que este se ubicará en el caso del personal de Pediatría (P.98) y del personal de Gestión del Centro (P.101) en un grado de aplicación media (Pronóstico Me=6); y en los casos de las y los médicos de familia, y las y los profesionales de enfermería en un grado más alto (Pronóstico P.97 Me=7 y P.99 Me=6,50). Cabe destacar que en estos últimos 2 casos (P.97 y P.99) no se ha podido llegar a un grado de consenso, debido a la dispersión de opiniones (R.I=3).

Son coincidentes los valores otorgados respecto al objetivo que se quiere lograr en relación al nivel de aplicación del protocolo (Deseo P.97, P.98, P.99 y P.101 Me=8)

## B.- Puntos de Atención Continuada (PAC)

Aplicación media ( $3,5 < Me \leq 6$ )			
<b>P. 100: MATRONERIA</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	3,50	4,00
PRONÓSTICO	4,50	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,00	9,00
			1,0
			2,5
			1,0
<b>P.102: AAC</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	2,00	2,00	3,00
PRONÓSTICO	3,00	4,00	5,00
DESEO	6,00	8,00	9,00
			1,0
			2,0
			3,0

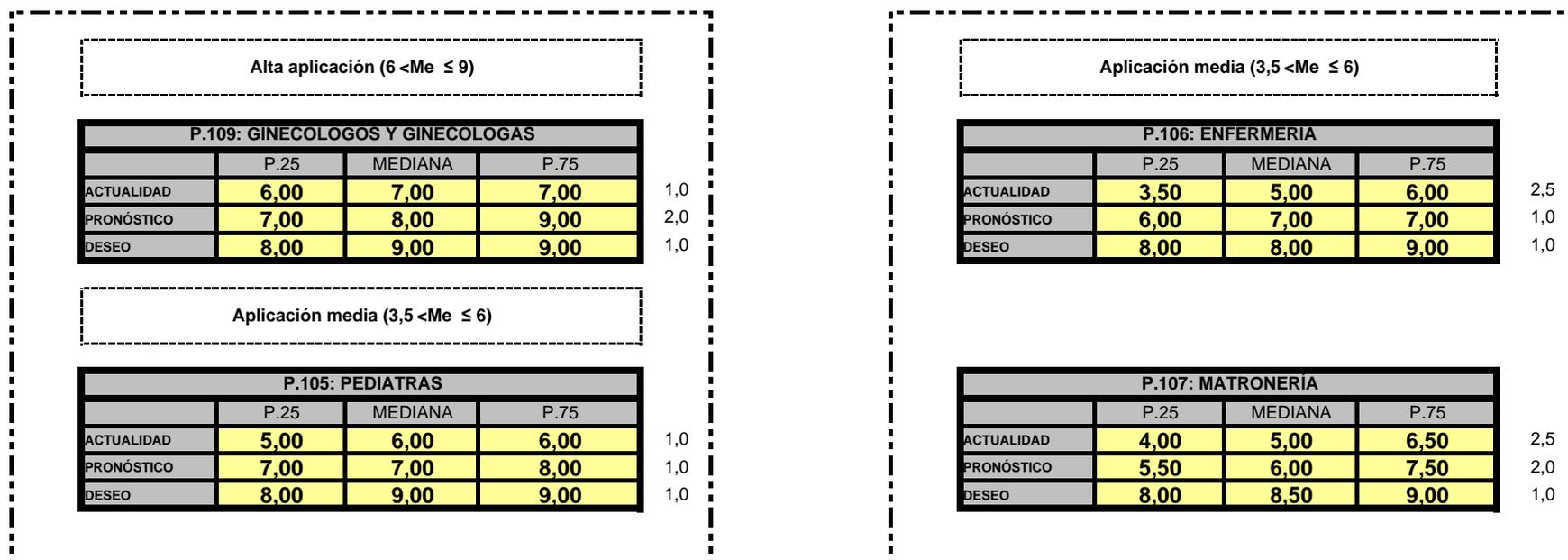
Baja aplicación ( $Me \leq 3,5$ )			
<b>P. 103: MEDICOS Y MEDICAS</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	5,00	5,00	6,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	8,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			1,0
			2,0
			1,0
<b>P.104: ENFERMERIA</b>			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	6,00	7,00	7,00
DESEO	8,00	9,00	9,00
			2,0
			1,0
			1,0

Se considera que en la actualidad los colectivos de **Matronería** (P.100) y de **Atención a la Clientela** (P.102) poseen un bajo nivel de aplicación del Protocolo, obteniendo las puntuaciones más bajas por parte de los y las panelistas (Actualidad P.100 Me=3,50; P.102 Me=2). En relación a esto las previsiones que se hacen de cara al futuro para estos 2 colectivos no son mucho mejores, aunque sean reposicionados en el grado medio de aplicación (Pronóstico P.100 Me=6; y P.102 Me=4). Se aspira a que este grado aplicación progrese y llegue a posicionar tanto al colectivo de Matronería (P.100) como al de Atención a la clientela (P.102) en el nivel superior de aplicación del Protocolo (Deseo Me=8). Cabe decir que en el caso del colectivo de Atención a la Clientela no se ha podido lograr el grado mínimo de consenso requerido (R.I=3)

En cuanto al ámbito de los **Puntos de Atención Continuada** el panel considera que bien las y los **médicos** (P.103), como las y los **enfermeros** (P.104) que ofrecen sus servicios en este área se sitúan en un nivel medio de aplicación del Protocolo (Actualidad P.103 Me=5; P.104 Me=4).

El pronóstico que hacen en cuanto al futuro de estos dos colectivos en materia de aplicación del Protocolo, es notablemente más favorable al actual dado que se posicionarían en el Nivel Alto de Aplicación (Pronóstico Me=7). Lo mismo ocurriría en el caso de sus aspiraciones (Deseo Me=9).

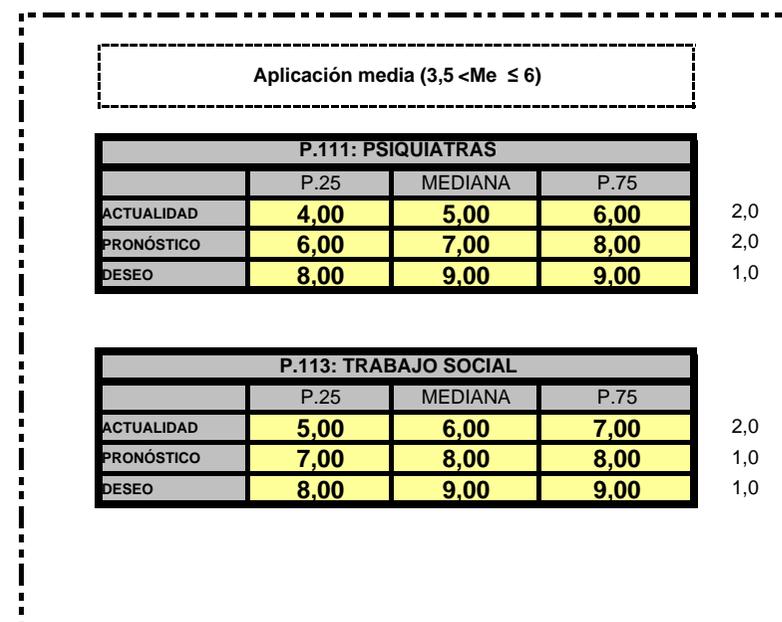
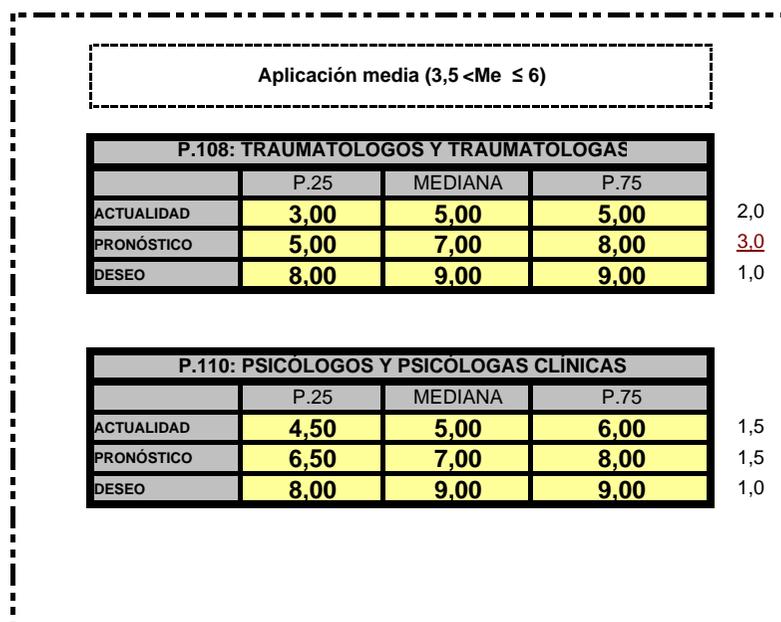
## C.- Hospitales



Entre los colectivos sanitarios de los **Hospitales** el Protocolo sanitario es en el presente medianamente aplicado el colectivo de **Ginecología** (P.109) es quién muestra uno de los valores más altos en comparación con el de **Pediatría** (P.105), **Enfermería** (P.106) y **Matronería** (P.109) dado que podría situársele en un nivel superior de aplicación del protocolo (Actualidad P.109 Me=7; P.105 Me=6; P.106 y P.107 Me=5).

En cuanto al Pronóstico que el panel realiza con respecto al nivel de aplicación que alcanzarán dichos colectivos en un futuro, se podría mencionar que salvo los y las especialistas en Matronería (P.107) que en este caso aún seguirían ocupando en nivel medio, el resto de los colectivos se posicionarían en un nivel de aplicación del Protocolo alto (Pronóstico P.109 Me=8; P.105 y P.106 Me=7; P.107 Me=6).

Por último cabe decir que todos los colectivos de profesionales arriba mencionados, comparten un mismo anhelo, que su nivel de aplicación del Protocolo alcance los niveles máximos (Deseo P.109 y P.105 Me=9; P.106 Me=8; y P.107 Me=8,50).



En la actualidad, los colectivos de **Traumatología** (P.108), **Psicología** (P.110), **Psiquiatría** (P.111) y del personal del **Trabajo Social** (P.113) que prestan sus servicios en el ámbito hospitalario se ubican en un nivel medio de aplicación del Protocolo (Actualidad P.108, P.110, P.111 Me=5; P.113 Me=6).

Según la predicción del panel, esa situación mejorará en todos los casos, hasta alcanzar el nivel alto de aplicación del Protocolo (Pronóstico P.108, P.110, y P.111 Me=7; P.113 Me=8). En el caso de los y las especialistas en Traumatología (P.108) no se ha podido llegar a un grado mínimo de consenso respecto a esta cuestión (RI=3).

En cuanto al objetivo que se desea conseguir en relación a estos colectivos, se coincide en que todos los grupos permanecieran en el mismo nivel de aplicación: el alto (Deseo P.108, P.110, P.111, P.113 Me=9).

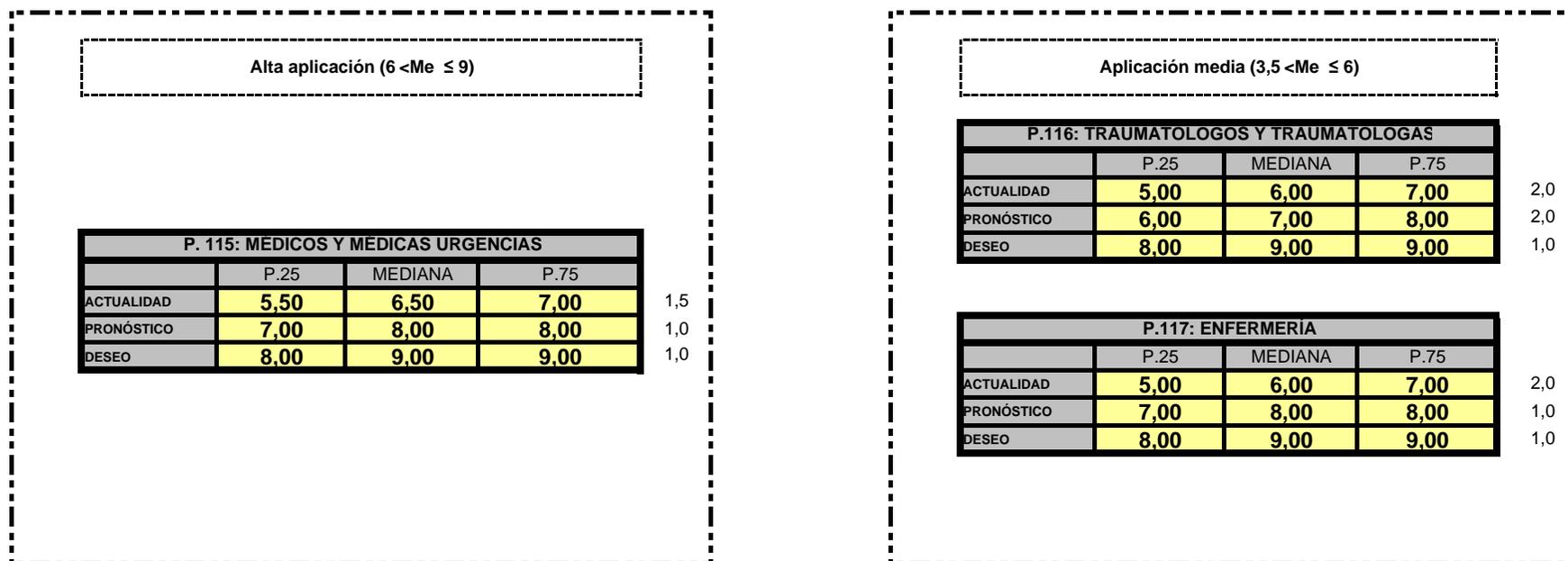
Aplicación media ( $3,5 < Me \leq 6$ )			
P.112: GESTION			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	2,00	4,00	4,00
PRONÓSTICO	4,00	5,50	6,00
DESEO	6,00	8,00	9,00
			2,0
			2,0
			3,0
P.114: AAC			
	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	4,00	5,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	7,00	8,00	9,00
			2,0
			2,0
			2,0

Actualmente tanto el personal de **Gestión Hospitalaria** (P.112), como el personal de **Atención a la clientela** (P.114) se encuentran en un nivel medio de aplicación, aunque rozan el nivel bajo.

Con respecto a la situación futura el panel ha conseguido que estos dos colectivos apliquen medianamente el Protocolo de actuación (Pronóstico P.112 Me=5,50; P.114 Me=6).

Los y las panelistas coinciden en que la situación de aplicación del Protocolo podría aspirar a mejorar, situándose así, en el nivel más alto de aplicación (DeseoP.112, P.114 Me=8). Cabe decir, además que en el caso de Gestión Hospitalaria no se ha podido llegar a un grado mínimo de consenso respecto a esta cuestión (RI=3)

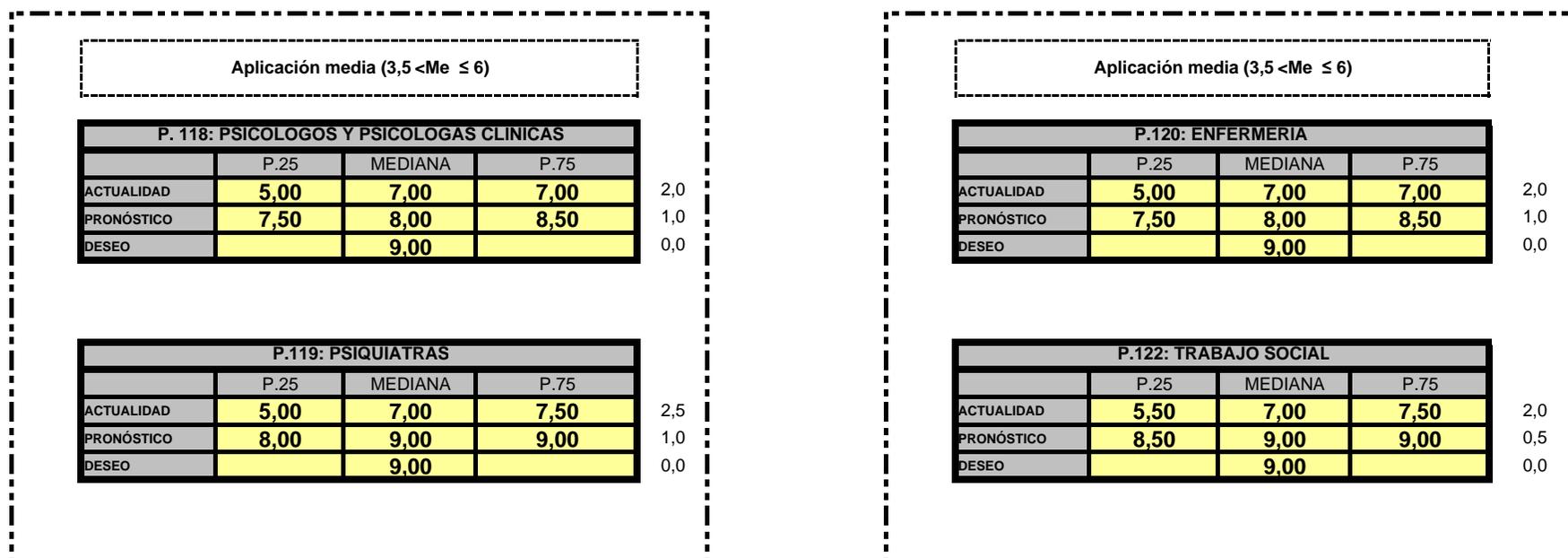
## C.1.- Urgencias hospitalarias



En el caso de las especialidades hospitalarias de **Medicina** (P.115), **Traumatología** (P.116) y **Enfermería** (P.117) que prestan sus servicios en el Área de Urgencias el panel opina que actualmente tanto el personal de Traumatología (P.116) como el personal de Enfermería (P.117) aplican el Protocolo medianamente, mientras que las y los Médicos de Urgencias (P.115) se colocan en un nivel alto de aplicación, aunque bien hay que decir, que rozan de cerca el nivel medio. (Actualidad P.115 Me=6,50; P.116 y P.117 Me=6).

De cara al futuro se pronostica que todos los colectivos antes mencionados se ubicaran en el nivel medio de aplicación protocolaria (pronóstico P.115 y P.117 Me=8; P.116 Me=7). Por otro lado, el objetivo de estos colectivos en cuanto a la aplicación del Protocolo, es el mismo: alcanzar el más alto grado (Deseo P.115, P.116, P.117 Me=9).

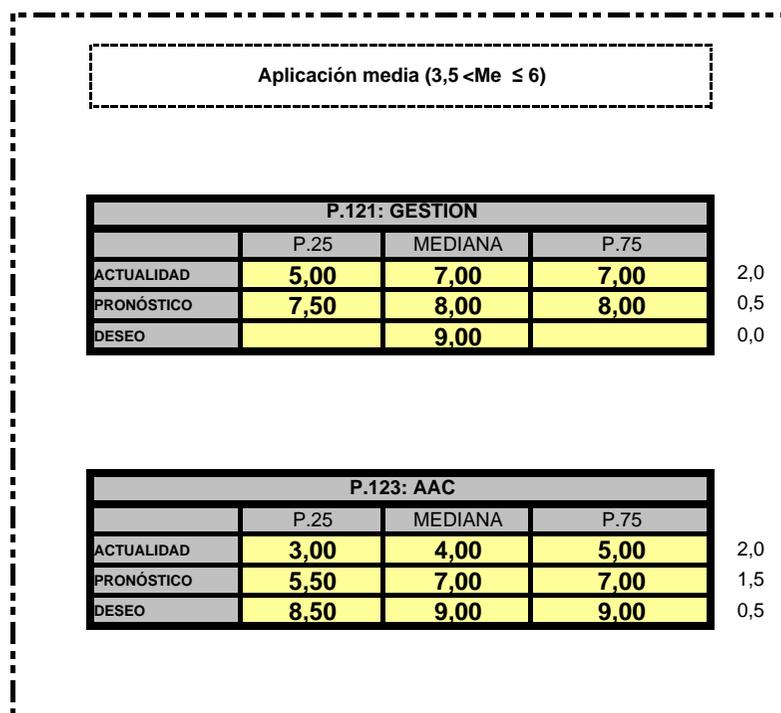
## D- Centros de Salud Mental Extrahospitalaria



El panel coincide en otorgar valores exactos al nivel de aplicación existente en la actualidad, por parte de los diferentes colectivos de los **Centros de Salud Mental Extrahospitalaria**. Según esos datos el personal de **Psicología Clínica** (P.118), **Psiquiatría** (P.119), **Enfermería** (P.120), y **Trabajo Social** (P.122) llevarían a cabo la aplicación del Protocolo a un alto nivel (Actualidad P.118, P.119, P.120, P.122 Me=7).

Los y las panelistas vaticinan que los colectivos arriba mencionados no cambiarán en gran medida su grado de aplicación, pero sí el valor que se le da a este (unos más que otros); por tanto, se podría decir que seguirán ejecutando el Protocolo al mismo nivel (Pronóstico P.118 y P.120 Me=8; P.119 y P.122 Me=9).

Se pretende que todos y cada uno de ellos lleguen al máximo grado de aplicación protocolaria; esta ambición ha sido considerada por parte de los y las panelistas por un total consenso de puntuaciones (Deseo P.118, P.119, P.120, P.122 Me=9).



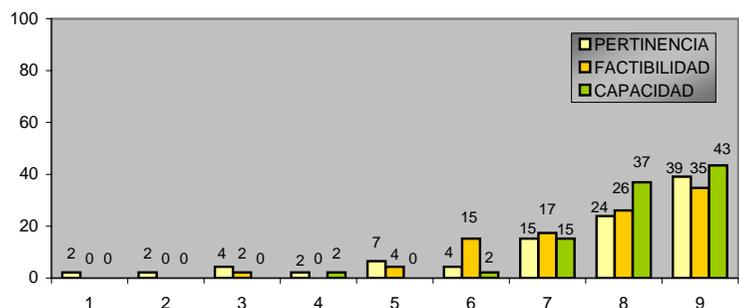
Si se compara el grado de aplicación de los dos últimos colectivos observados, se podría observar que son francamente diferentes. Aunque el personal de **Gestión de Centros de Salud Mental** (P.121) haya obtenido una puntuación que le sitúa en un nivel alto de aplicación del protocolo, y el personal de **Atención a la clientela** (P.123) se posicione en el nivel medio, este último colectivo ha recibido una puntuación bastante baja, con lo cuál roza muy de cerca el grado bajo de aplicación (Actualidad P.121 Me=7; P.123 Me=4).

De cara al futuro el personal de Gestión (P.121) no varía su posición, es decir, el panel ha considerado que su grado de aplicación del Protocolo no mejorará en gran medida. Sin embargo, esperan que el colectivo de Atención a la Clientela (P.123) progrese notablemente el grado de aplicación de este, pudiéndose situar en el nivel más alto (Pronóstico P.121 Me=8; P.123 Me=7).

Por último, lo que los y las panelistas han considerado con respecto a lo que estos dos colectivos deberían conseguir a la hora de aplicar el Protocolo es que tendrían que llegar al máximo grado de valoración. Y concretamente, en el caso del personal de Gestión de Centros de Salud Mental, defienden su postura con total consenso de puntuaciones (Deseo P.121 y P.123 Me=9).

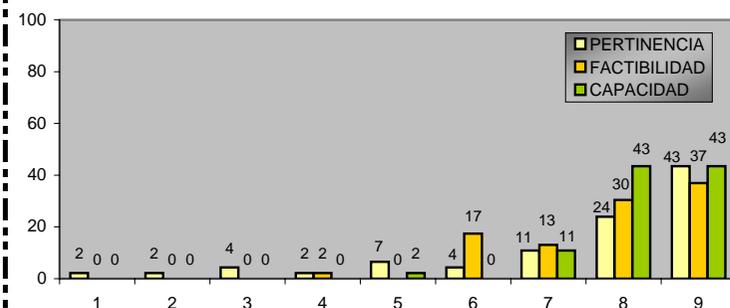
## 2.- Acciones de mejora

**P.124: Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención primaria para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres. (1ªRonda)**



	P.25	MEDIANA	P.75	
PERTINENCIA	7,00	8,00	9,00	2,0
FACTIBILIDAD	7,00	8,00	9,00	2,0
CAPACIDAD	8,00	8,00	9,00	1,0

**P.125: Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en el servicio de urgencias para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres. (1ªRonda)**

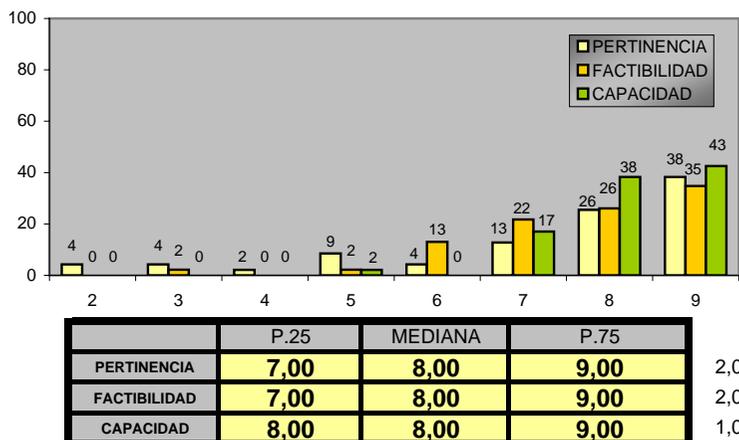


	P.25	MEDIANA	P.75	
PERTINENCIA	7,00	8,00	9,00	2,0
FACTIBILIDAD	7,00	8,00	9,00	2,0
CAPACIDAD	8,00	8,00	9,00	1,0

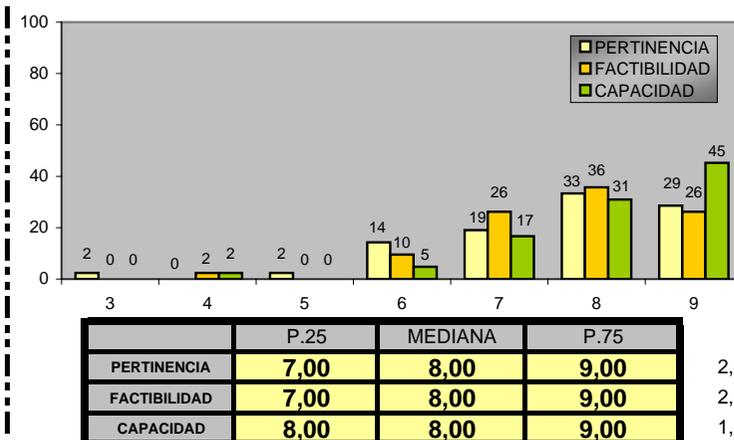
Las acciones propuestas para la mejora de la aplicación del Protocolo Sanitario ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres han tenido una gran acogida por parte del Panel. Estas acciones de mejora se centran en la elaboración de **guías de apoyo** para el abordaje del maltrato doméstico contra las mujeres de aplicación en los diferentes servicios: **Atención Primaria, Servicio de Urgencias, Salud Mental y Atención Especializada.**

Los resultados son comentados de manera conjunta en la siguiente página.

**P.126: Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en salud mental para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres. (1ªRonda)**



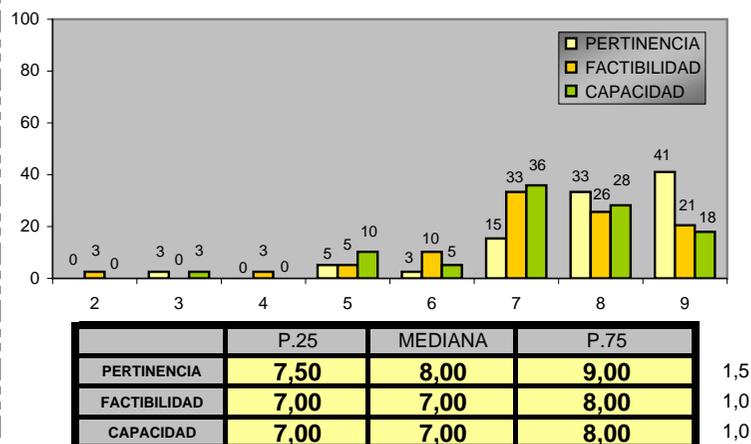
**P.127: Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención especializada para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres.**



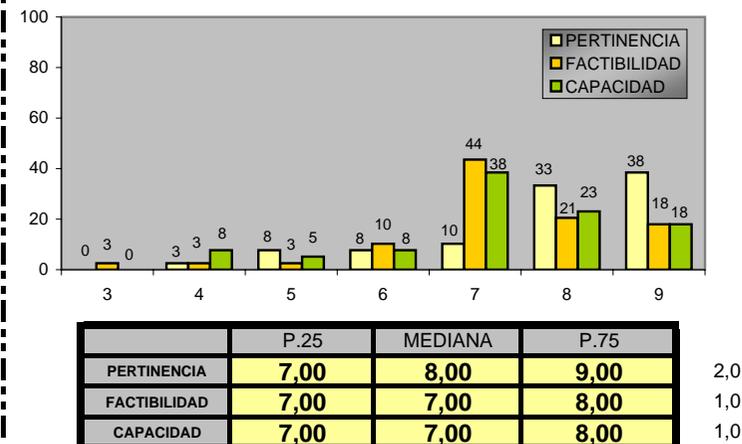
Se estima como **altamente pertinente, factible** y con **alta capacidad** por parte del Departamento de Sanidad la elaboración de **guías de apoyo** para la mejora de la aplicación del Protocolo de actuación tanto en **Atención Primaria (P.124)**, **Servicio de Urgencias (P.125)**, **Salud Mental (P.126)** y en **Atención Especializada (P.127)** (Pertinencia, Factibilidad y Capacidad Me=8).

## 2.1.- Acciones de mejora propuestas por panelistas (APR)

**APR.1: Elaboración de guías de actuación según las diferentes fases del ciclo de la violencia en la que se pueden encontrar las mujeres víctimas de VCM.**



**APR.2: Mejora del Protocolo de actuación definiendo las responsabilidades de los diferentes colectivos sanitarios.**



La primera acción de mejora propuesta por panelistas indica la necesidad de que estas **guías de actuación** por tipo de servicio sanitario adapten las actuaciones a realizar en función a las diferentes **fases del ciclo de la violencia** en las que se pueden encontrar las mujeres víctimas de VCM (APR.1). Esta medida ha sido valorada como **altamente pertinente** (Pertinencia Me=8), **factible** y con **capacidad/autonomía suficiente** para su puesta en marcha por parte del Departamento de Sanidad (Factibilidad y Capacidad Me=7).

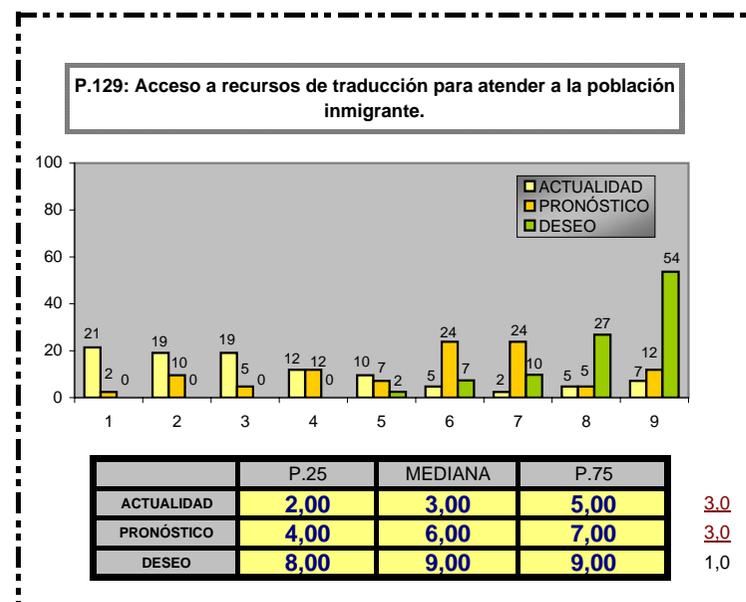
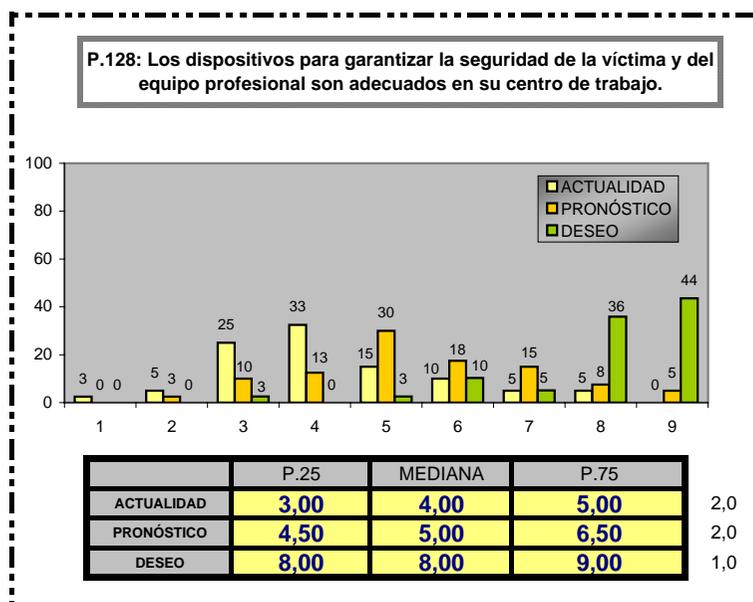
La segunda aportación se centra en la mejora del Protocolo de actuación definiendo las responsabilidades ante un caso de VCM de los diferentes colectivos sanitarios. Se ha considerado **altamente pertinente** la clarificación de las diferentes responsabilidades ante un caso de VCM (Pertinencia Me=8), **factible** y con **capacidad/autonomía suficiente** para su puesta en marcha por parte del Departamento de Sanidad (Factibilidad y Capacidad Me=7).

#### IV.2.5 RECURSOS PARA LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO

El apartado relacionado con los recursos del Sistema Sanitario para dar cobertura a la problemática de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico se centra en los recursos de comunicación, que permiten un mejor acceso a aquellas mujeres en situación de especial vulnerabilidad para comunicarse con los y las profesionales sanitarias; bien por no conocer el idioma, por ser de origen extranjero, como por tener algún tipo de diversidad funcional auditiva. Por otro lado, se ha solicitado la valoración de recursos relacionados con la intimidad y seguridad de la víctima en el centro sanitario en el que es atendida.

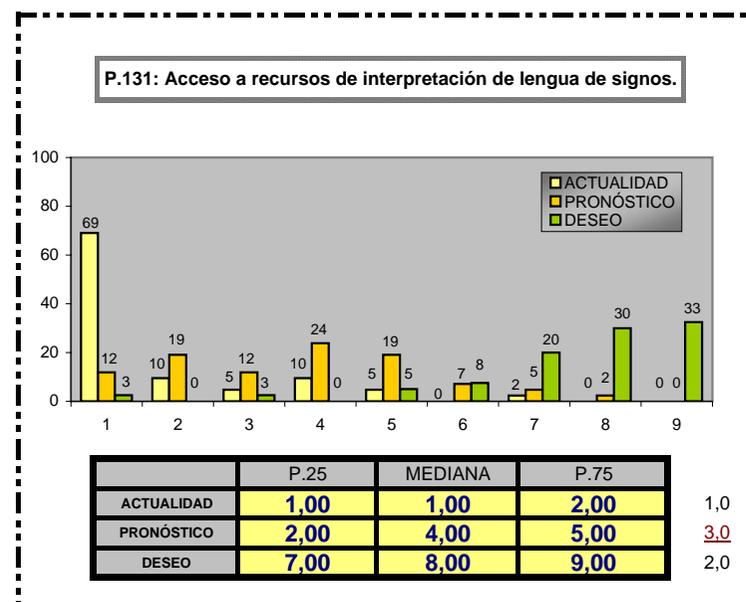
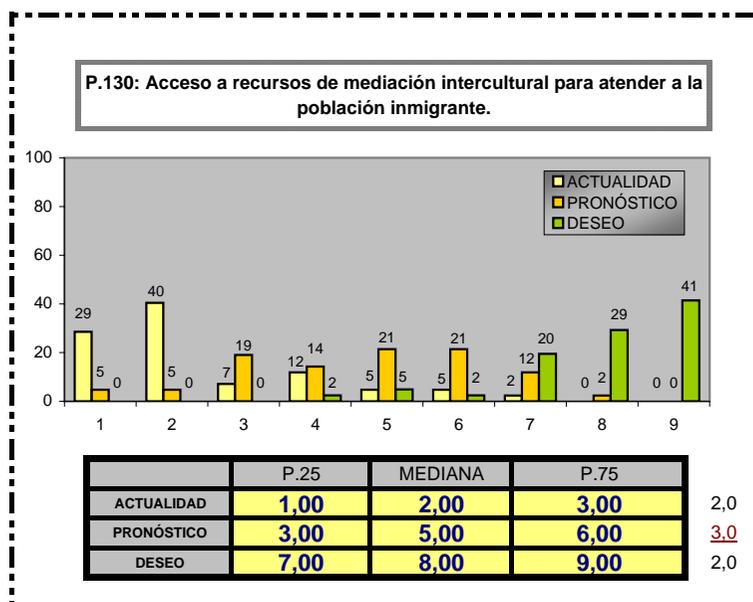
Las mejoras relacionadas con los recursos para ofrecer una mejor cobertura del servicio aportadas por los y las panelistas se han enfocado hacia la mejoría de los recursos de información, tales como la propia página Web de Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud y Osabide, aplicación informática implementada por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud en Atención Primaria que permite disponer de la Historia Clínica Digital Única por paciente.

### 1- Construcción de escenarios



Las personas que conforman el panel de informantes no consideran que los **dispositivos para garantizar la seguridad de la víctima** y el **equipo profesional** que la atiende (P.128) sean adecuados en la actualidad (Actualidad Me=4). Se prevé que esta situación mejorará (Pronóstico Me=5), pero sin llegar a los niveles deseados (Deseo Me=8).

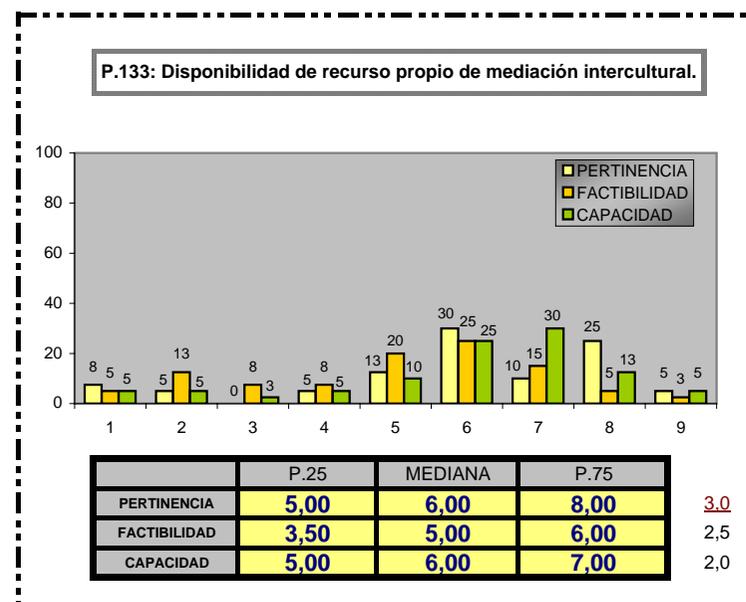
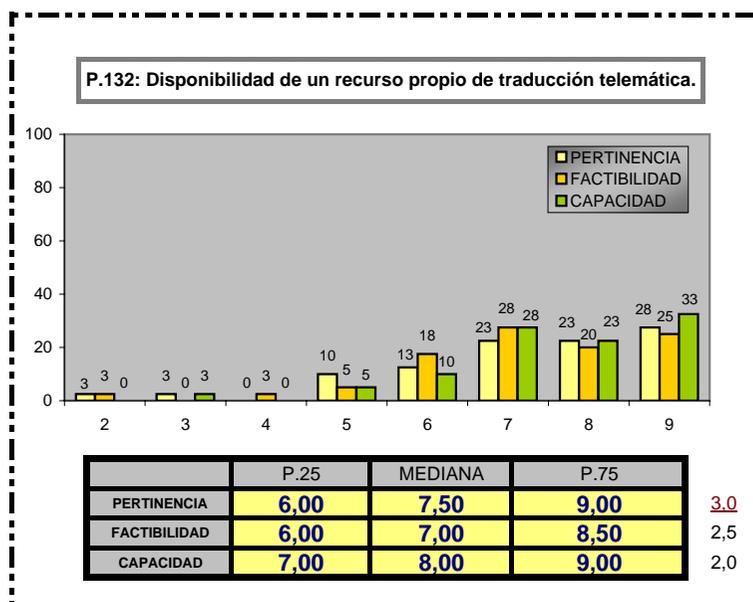
No se ha logrado el mínimo consenso establecido en el ítem referido al acceso a recursos de **traducción** para atender a la población **inmigrante** (RI=3), en la actualidad o en el futuro próximo. Es altamente deseable el acceso a este tipo de recursos (Deseo Me=9).



En opinión de las personas que conforman el panel en la actualidad, es aún muy bajo el acceso tanto a recursos de **mediación intercultural** para atender a la población inmigrante (Actualidad P.130 Me=2 ) como a recursos de interpretación de **lengua de signos** (Actualidad P.131 Me=1). No se ha logrado consensuar el escenario futuro respecto al acceso a ambos recursos de comunicación e intervención (Pronóstico RI=3).

Los y las panelistas manifiestan su alta aspiración a la posibilidad de acceder a ambos recursos (Deseo Me=8).

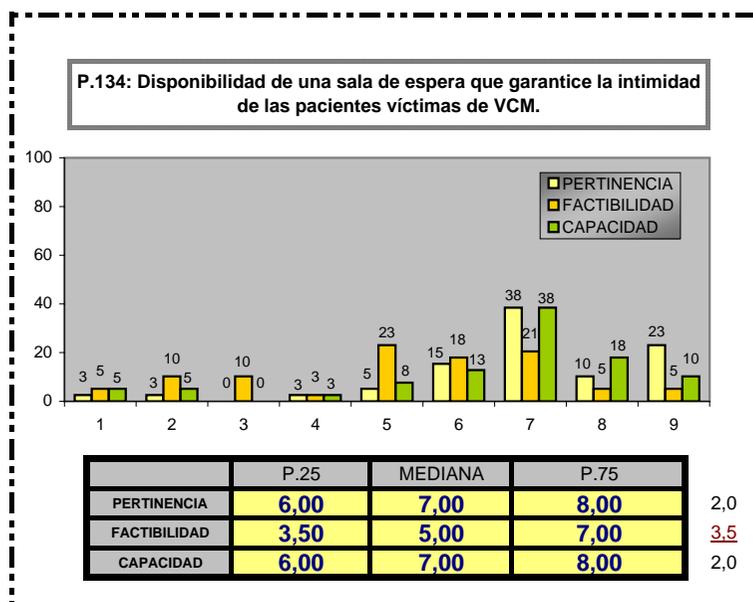
## 2- Acciones de mejora



Las acciones de mejora propuestas inicialmente contemplan la posibilidad de disponer de **recursos comunicativos propios**, gestionados por el Departamento de Sanidad y de acceso directo por parte de profesionales sanitarios. Así como, los recursos que garantizan la intimidad de las pacientes víctimas de VCM.

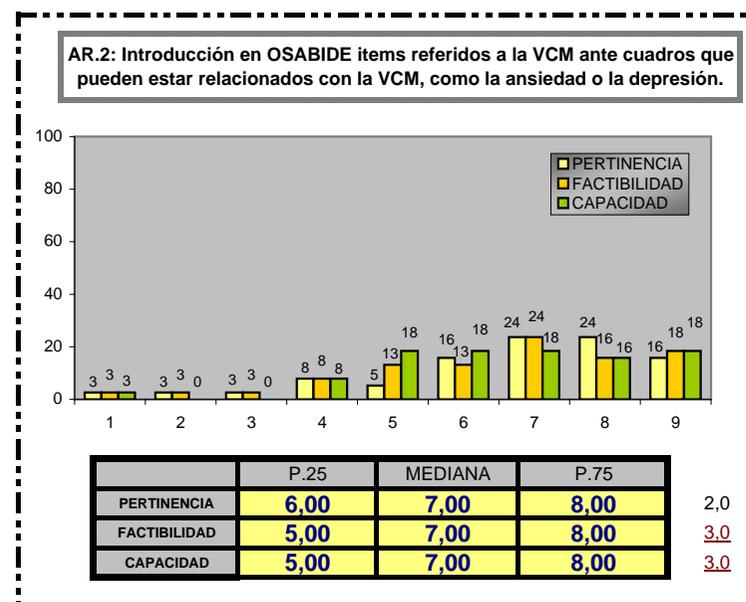
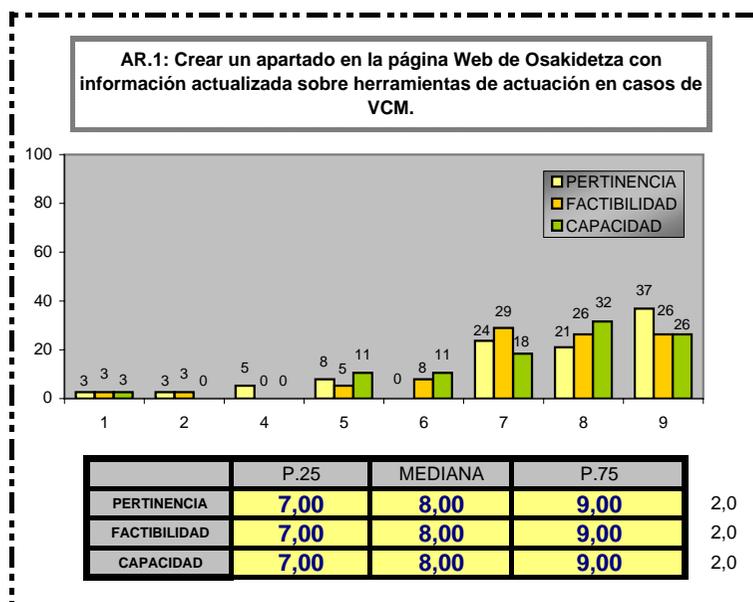
Respecto a la disponibilidad de un **recurso propio de traducción telemática** (P.132), no se ha consensado la postura del panel sobre su pertinencia (Pertinencia RI=3) siendo considerada esta medida como factible (Factible Me=7), y con capacidad y autonomía por parte del Departamento de Sanidad para su puesta en marcha (Capacidad Me=8).

Se aprecia con menor factibilidad, la disponibilidad de un recurso propio de **mediación intercultural** (Factibilidad Me=5) y la capacidad del sistema para su puesta en marcha (Capacidad ME=6). En relación a la pertinencia de esta acción de mejora tampoco se ha logrado el mínimo consenso establecido (Pertinencia RI=3).



Se considera adecuada la disponibilidad de una **sala de espera** que garantice la **intimidad** de las pacientes víctimas de VCM (P.134)(Pertinencia Me=7), aún siendo una medida a la que se aspire no se puede concluir su grado de factibilidad puesto que no se ha logrado un mínimo consenso (Factibilidad RI=3,5). Se estima que la puesta en marcha de esta medida se incluiría dentro de las funciones del Departamento de Sanidad y Consumo (Capacidad Me=7).

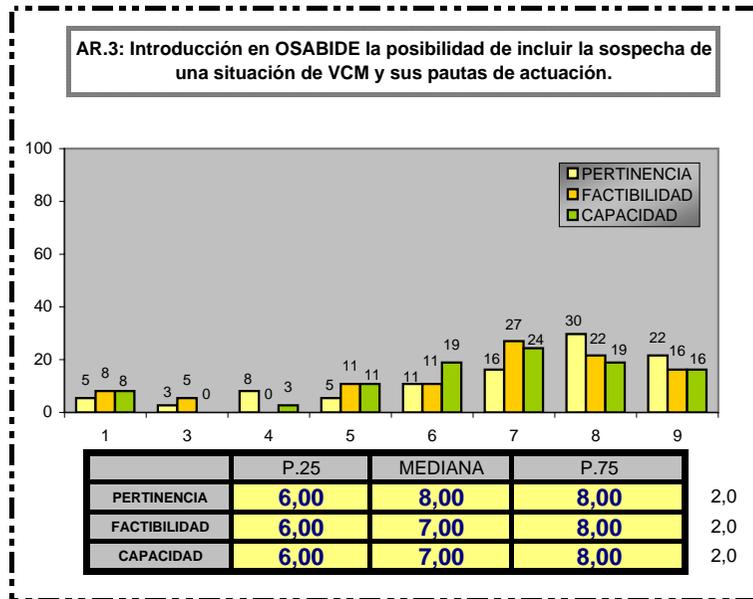
## 2.1- Acciones de mejora propuestas por panelistas (AR)



En los gráficos superiores se presentan los resultados de las dos últimas propuestas incluidas en este apartado, que son referidas a las **acciones de mejora** propuestas por panelistas.

Son coincidentes las valoraciones relacionadas con la pertinencia, factibilidad y capacidad para la creación de un apartado en la página **Web** de Osakidetza con información actualizada sobre **herramientas de actuación** en casos de violencia ejercida contra la mujer (AR.1)(Pertinencia, factibilidad, capacidad P.1 Me=8). Es importante destacar que esta propuesta ha logrado la aceptación del conjunto del panel en su primera ronda.

Se cree altamente pertinente la inclusión en **Osabide** de ítems referidos a la violencia contra las mujeres ante **cuadros** que pueden estar relacionados con la VCM, tales como la ansiedad o la depresión (AR.2) (Pertinencia P.2 Me=7). No se ha logrado consensuar la factibilidad y capacidad del Departamento para la puesta en marcha de esta medida (Factibilidad, Capacidad RI=3).



El panel cree que la inclusión en **OSABIDE** de las pautas de actuación ante una sospecha de VCM, sería una medida que **contribuiría altamente** a la mejora de la atención sanitaria a mujeres víctimas de VCM (Pertinencia Me=8).

Esta medida además es considerada factible y para cuya puesta en marcha el Departamento de Sanidad contaría con competencia suficiente (Factibilidad y Capacidad Me=7).

#### IV.2.6 COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL

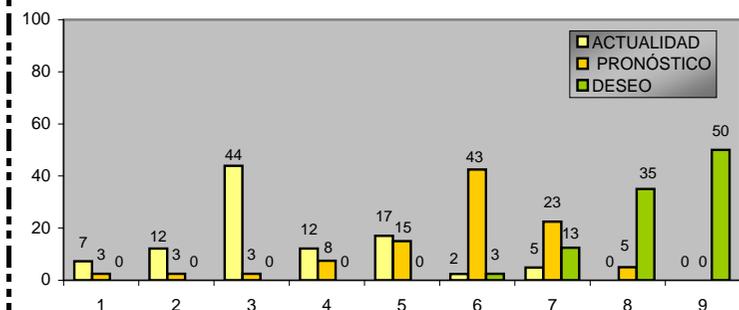
El último apartado del presente capítulo, dedicado a la visión de los y las panelistas expertas consultadas, se refiere a la coordinación tanto dentro de la organización sanitaria como de esta con otros recursos sociales, judiciales o policiales que atienden a mujeres víctimas de violencia de maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico.

Se observan aspectos como los sistemas de comunicación intra e interinstitucionales, la valoración sobre el grado de adecuación de la coordinación entre las diferentes especialidades sanitarias y de estas con otros recursos sociales, judiciales o policiales.

Las acciones de mejora se centran en las herramientas necesarias para ayudar y garantizar a una mejor coordinación intra e interinstitucional: la Historia Clínica, Protocolos Locales de atención a mujeres víctimas de VCM y soportes informativos sobre otros recursos de atención.

1.- Construcción de escenarios  
1.1- Coordinación interinstitucional

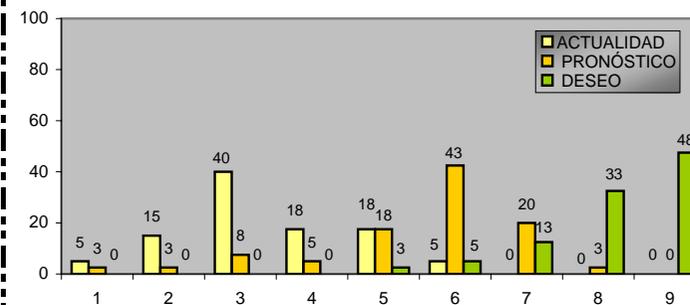
P.135: El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los recursos disponibles en otros ámbitos de atención.



	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	3,00	4,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00
DESEO	8,00	8,50	9,00

1,0  
2,0  
1,0

P.136: El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los cauces de respuesta pública en esta materia.

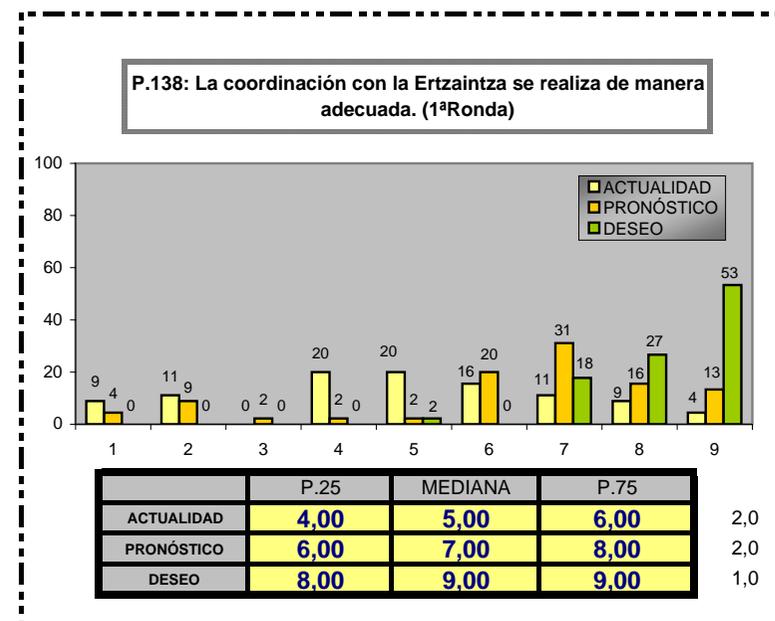
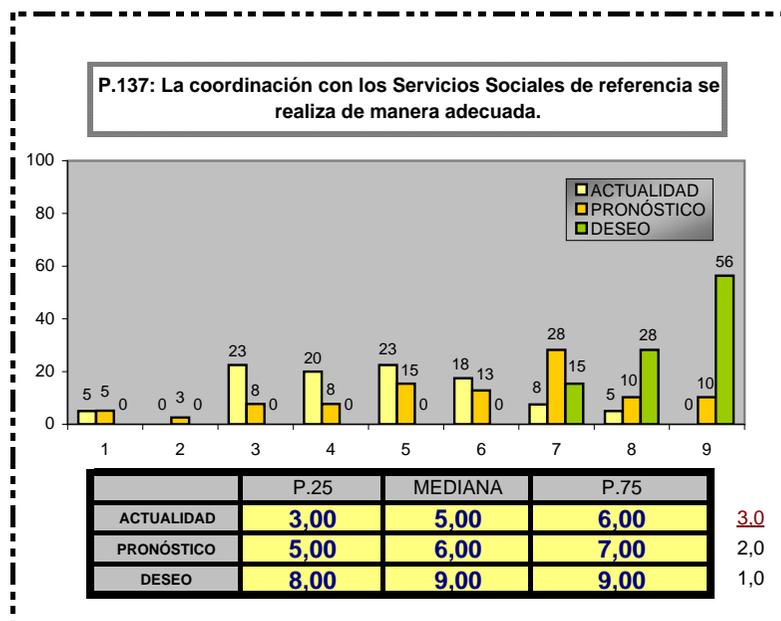


	P.25	MEDIANA	P.75
ACTUALIDAD	3,00	3,00	4,00
PRONÓSTICO	5,00	6,00	6,00
DESEO	8,00	8,00	9,00

1,0  
1,0  
1,0

En la actualidad el personal de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud que atiende a mujeres víctimas de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico, **no** dispone del **conocimiento suficiente** ni de los **recursos** disponibles en otros ámbitos de atención (P.135) ni de los cauces de **respuesta pública** en esta materia (P.136) (Actualidad P.135 y P.136 Me=3).

Se prevé que el conocimiento tanto sobre otros recursos de atención como de la respuesta pública a la problemática irá en **aumento** (Pronóstico Me=6), aunque **sin alcanzar** en el plazo previsto (4 años), los **altos niveles deseados** de conocimiento (Pronóstico P.135 Me=8,5 y P.136 Me=8).

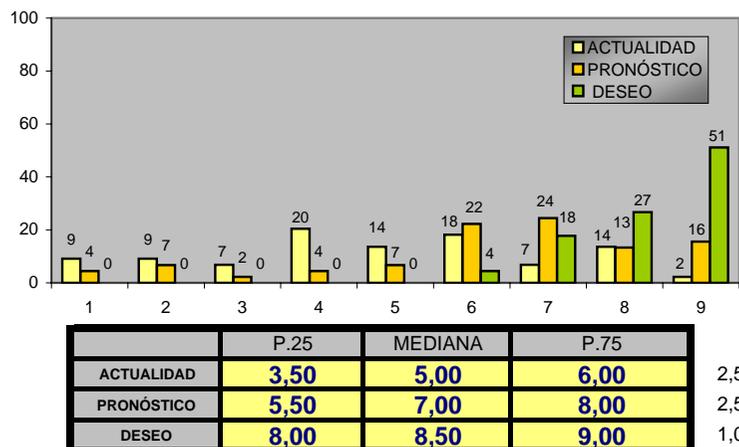


A continuación se presentan los resultados referidos a la valoración realizada por panelistas, sobre el grado de adecuación de la coordinación con otros recursos que se ha centrado en los **Servicios Sociales de Base**, la **Ertzaintza**, las **Policías Locales**, el **Juzgado** de referencia y el **Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML)**.

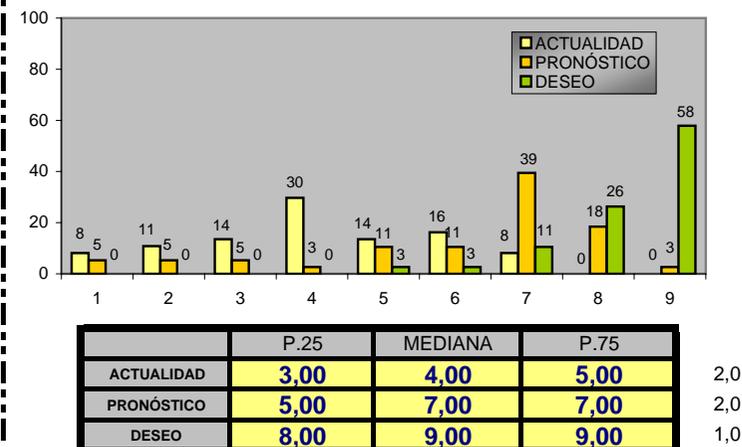
No se ha logrado consensuar el grado de adecuación actual de la coordinación con los Servicios Sociales de referencia, hay una alta dispersión entorno a este ítem (Actualidad RI=3). Sí, son coincidentes las aportaciones sobre cómo será y se desea que sea esta coordinación. Se prevé que se realizará de manera moderadamente adecuada (Pronóstico Me=6), cuando el deseo es que alcance el nivel máximo de adecuación (Deseo Me=9).

Respecto a la coordinación actual con la Ertzaintza/Policía Autónoma Vasca esta recibe una valoración sobre su grado de adecuación **neutra** (Actualidad Me=5), sin embargo se pronóstica que esta se realizará de manera adecuada (Pronóstico Me=7), acercándose a los valores deseables (Deseo Me=9).

**P.139: La coordinación con la Policía Local se realiza de manera adecuada. (1ªRonda)**



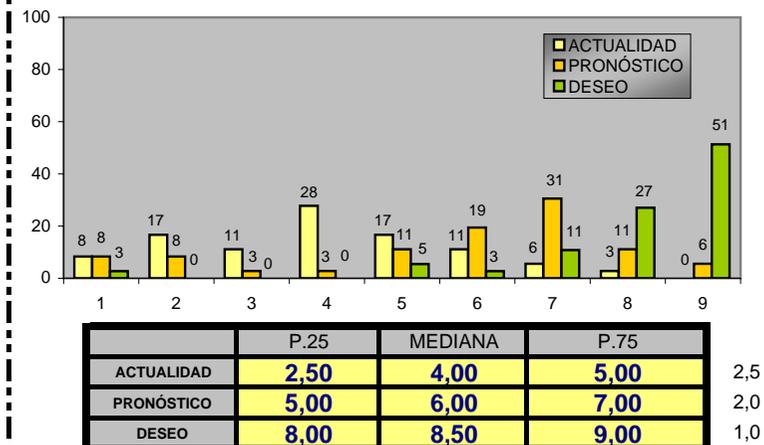
**P.140: La coordinación con el Juzgado de referencia se realiza de manera adecuada.**



La valoración de la adecuación de la coordinación con las **Policías Locales** (P.139) alcanza valores similares a los observados en la valoración de la coordinación con la Ertzaintza. En ambos casos, se ha logrado consensuar las valoraciones en una única ronda Delphi. La valoración que recibe en la actualidad la coordinación con las Policías Locales es neutra (Actualidad Me=5), con la previsión de que mejorará (Pronóstico Me=7) y el deseo de que mejore, hasta que se realice de manera óptima (Deseo Me=8,5).

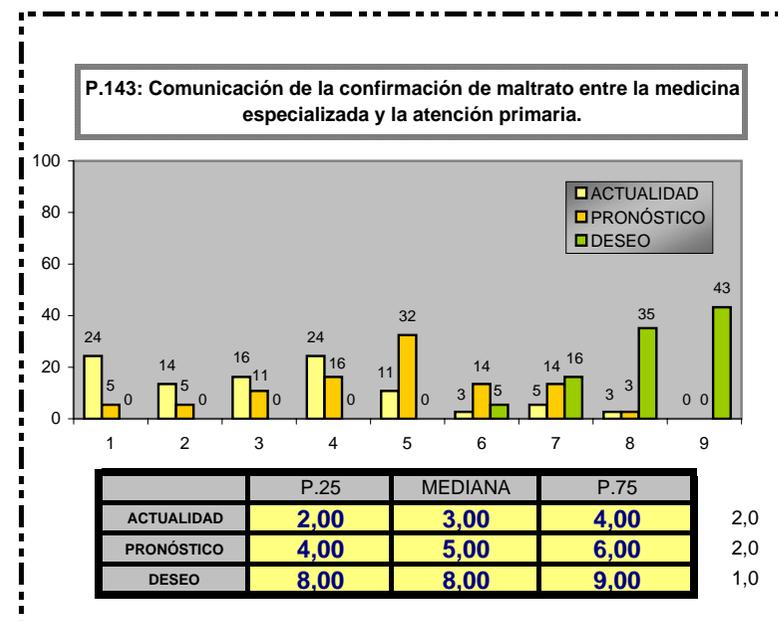
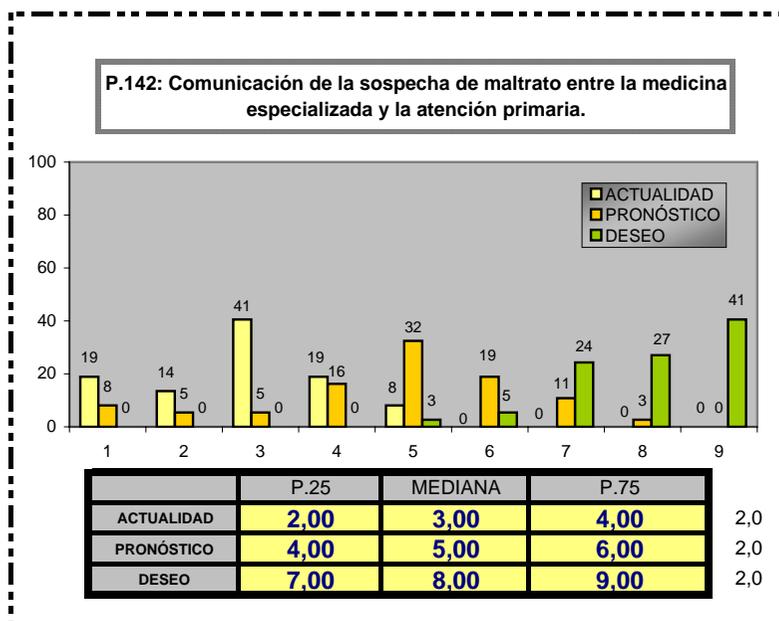
Se pronostica una **mejora** importante de la coordinación con el **Juzgado** de referencia (P.140) (Pronóstico Me=7) respecto a la **inadecuación actual** (Actualidad Me=4). En este caso también, el **deseo** de los y las panelistas es que la coordinación sea adecuada en su grado **máximo** ( Deseo Me=9).

**P.141: La coordinación con el Instituto Vasco de Medicina Legal se realiza de manera adecuada.**



La valoración de la coordinación con el **Instituto Vasco de Medicina Legal**, sigue la misma tendencia que la valoración de la coordinación con el resto de recursos: inadecuada en la actualidad (Actualidad Me=4), tendente a mejorar (Pronóstico Me=6), y con el deseo y aspiración por parte de panelistas a que se sitúe en niveles óptimos (Deseo Me=8,5).

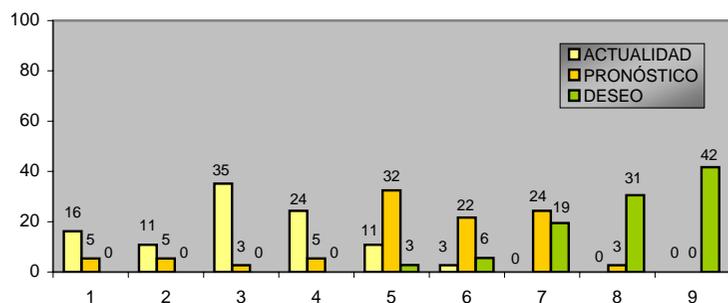
1.- Construcción de escenarios  
1.2- Coordinación intrainstitucional



Para observar la coordinación intrainstitucional se ha centrado la atención en la comunicación de la **Atención Primaria**, tanto con la medicina **Especializada** (P.142-143) como con la de **Urgencias** (P.144-145) en dos niveles: ante la sospecha de un caso de maltrato contra la mujer en el ámbito doméstico y ante la evidencia de dicha situación.

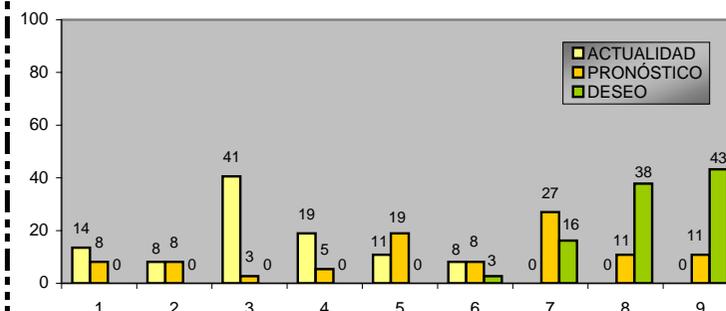
Entre la Atención Primaria y la medicina especializada, en la actualidad es escasa la **comunicación tanto de la sospecha** (P.142) como de la **confirmación** (P.143) de los casos de maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico (Actualidad Me=3). En un futuro pronosticable esta comunicación mejorará pero sin alcanzar niveles idóneos, dado que se sitúa en el nivel neutro de la escala (Pronóstico Me=5). Se aspira a que este tipo de comunicación, tanto de la sospecha como de la confirmación del maltrato, entre la Atención Primaria y la medicina Especializada se realice en los casos de VCM (Deseo Me=8).

**P.144: Comunicación de la sospecha de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.**



	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	2,00	3,00	4,00	2,0
PRONÓSTICO	5,00	5,00	6,50	1,5
DESEO	7,00	8,00	9,00	2,0

**P.145: Comunicación de la confirmación de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.**



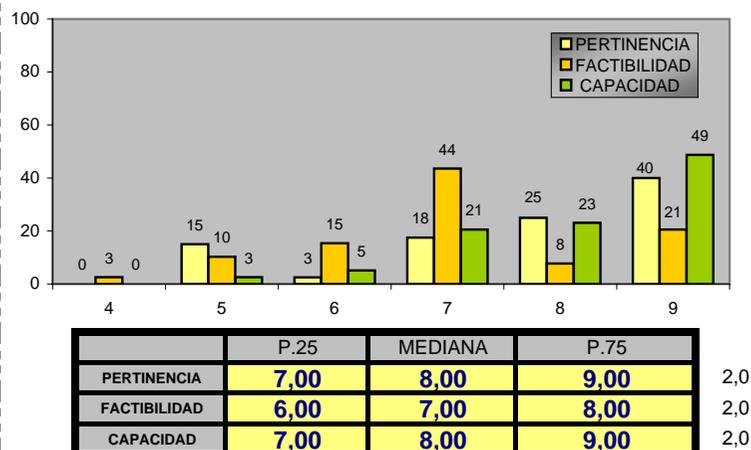
	P.25	MEDIANA	P.75	
ACTUALIDAD	3,00	3,00	4,00	1,0
PRONÓSTICO	5,00	6,00	7,00	2,0
DESEO	8,00	8,00	9,00	1,0

En relación a la comunicación entre la atención de **Urgencia** y la **Atención Primaria** de este tipo de casos, se observa la misma tendencia que en el caso de la comunicación con la atención Especializada. En la actualidad no se comunica ni la sospecha, ni la confirmación de los casos de VCM (Actualidad Me=3).

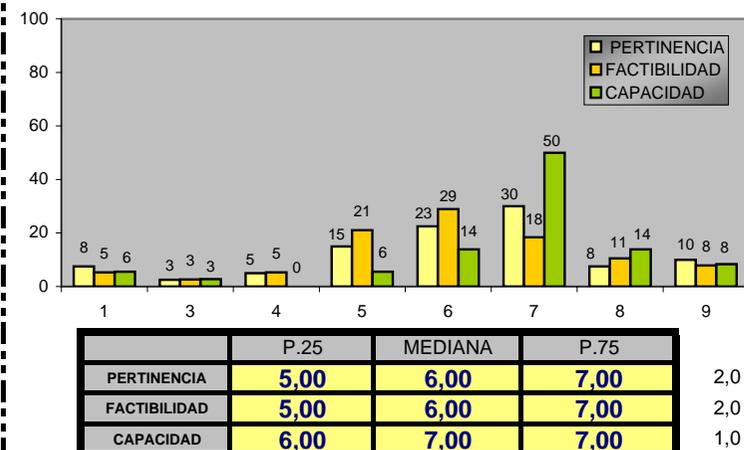
En el futuro próximo se comunicará en mayor medida la confirmación de los casos de maltrato contra la mujer por parte del servicio de Urgencias (Pronóstico Me=6), más que los casos en los que existe la sospecha (Pronóstico Me=5). Que la comunicación tanto de los casos en los que se sospecha que existe maltrato como de aquellos en los que se ha confirmado entre la Atención Primaria y la de Urgencia sea una realidad, es altamente deseable (Deseo Me=8).

## 2.- Acciones para la mejora de la coordinación intra y extra institucional

**P.146: Disponibilidad de la Historia Clínica unificada por parte de los diferentes ámbitos de atención dentro del sistema sanitario.**



**P.147: Acceso a la Historia Clínica por parte del Instituto Vasco de Medicina Legal.**

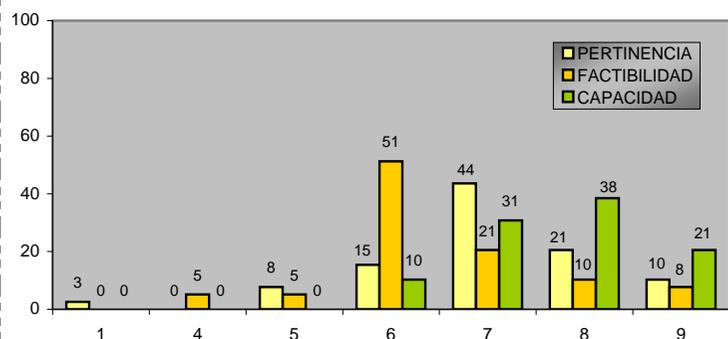


Se considera altamente pertinente la disponibilidad de la **Historia Clínica unificada** con acceso, por parte de los diferentes ámbitos de atención, dentro del sistema sanitario (Pertinencia Me=8). A su vez es, una medida factible (Factibilidad Me=7) y se encuentra al Departamento de Sanidad con una alta capacidad para su puesta en marcha (Capacidad Me=8).

En relación a las acciones de mejora relacionadas con la Historia Clínica, se lanzó la propuesta de que el **Instituto Vasco de Medicina Legal** tuviera acceso a la misma (P.147), en aquellas ocasiones en las que pueda aportar información durante un proceso judicial para la elaboración de los informes periciales forenses. Esta medida es considerada como moderadamente pertinente y factible (Pertinencia y Factibilidad Me=6), y con moderada autonomía del Departamento de Sanidad para su puesta en marcha (Capacidad Me=7).

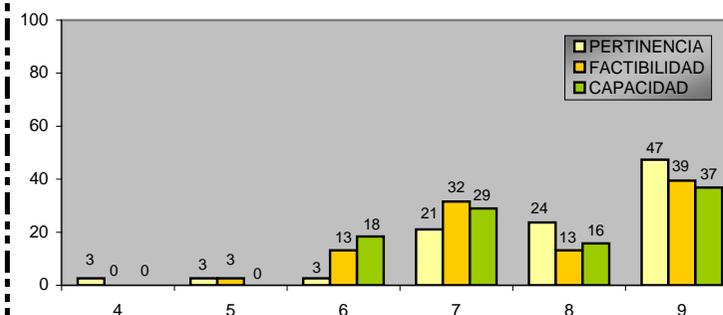
## 2.1- Acciones de mejora propuestas por panelistas (AC)

**P.148: Participación en la elaboración e impulso de protocolos locales de atención a mujeres víctimas de violencia en el ámbito doméstico.**



	P.25	MEDIANA	P.75	
PERTINENCIA	6,50	7,00	8,00	1,5
FACTIBILIDAD	6,00	6,00	7,00	1,0
CAPACIDAD	7,00	8,00	8,00	1,0

**AC.1: Dotar a profesionales sanitarios de soportes informativos referidos a información sobre otros recursos de atención. (Direcciones, teléfono, personas de contacto, etc.)**



	P.25	MEDIANA	P.75	
PERTINENCIA	7,00	8,00	9,00	2,0
FACTIBILIDAD	7,00	8,00	9,00	2,0
CAPACIDAD	7,00	8,00	9,00	2,0

La participación en la elaboración e impulso de Protocolos Locales de atención a mujeres víctimas de violencia es una medida considerada como **pertinente** (Pertinente Me=7), aunque con una **factibilidad media** para su participación (Factibilidad Me=6). Se percibe que el impulso de Protocolos Locales se encuentra dentro de las funciones del Departamento de Sanidad (Capacidad Me=8).

La última propuesta relacionada con las acciones para la mejora de la coordinación intra e interinstitucional, ha sido aportada por los y las panelistas, se refiere a dotar a profesionales sanitarios de soportes **informativos** referidos a información sobre **otros recursos** de atención (AC.1). Esta medida ha recibido valoraciones **altamente positivas** respecto a su pertinencia, factibilidad y capacidad (Pertinencia, Factibilidad y Capacidad Me=8), para la mejora del contacto y comunicación con otro tipo de recursos que atienden a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico.

## CAPITULO V- . CONCLUSIONES Y VALORACIONES FINALES

En el capítulo final de la Evaluación se presentan las conclusiones y valoraciones finales de los resultados obtenidos mediante la consulta a personal sanitario a través de la técnica Delphi.

Para la organización de la presentación de las conclusiones se ha seguido la misma distribución utilizada en la presentación de los resultados en el capítulo anterior. Por lo que se ha dividido el apartado en seis secciones que se corresponden a los ámbitos de actuación objeto de la presente evaluación:

- ☞ Papel del Sistema Sanitario ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres
- ☞ Formación especializada
- ☞ Modelo de intervención sanitaria ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres
- ☞ Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres.
- ☞ Recursos para la atención de la problemática, cobertura del servicio.
- ☞ Coordinación intra y extrainstitucional.

Cada sección se subdivide en dos partes:

En primer lugar, se realiza un **diagnóstico** de los aspectos estudiados a través de la descripción de los y las panelistas del escenario presente, futuro y deseable. En este apartado se destacan las **áreas de mejora** detectadas, aspecto en el que no se ha contado con suficientes áreas de mejora aportadas por parte de panelistas con lo que han sido extraídas por el equipo investigador.

En segundo lugar, se abordan las **acciones de mejora propuestas** para la mejora de las actuaciones del sistema sanitario en la atención a la VCM. Destacar que las personas expertas participantes tuvieron oportunidad de incorporar nuevas acciones de mejora durante la primera ronda Delphi que se incluyeron durante la segunda ronda Delphi con el fin de contrastarlas con el resto de panelistas.

## V.1. Papel del sistema sanitario

En el primer punto bajo el título de " El Papel del Sistema Sanitario ante la Violencia ejercida contra la Mujer en el Ámbito Doméstico" se tratan aspectos relacionados con el liderazgo ejercido por el Departamento de Sanidad, a la hora de abordar la atención sanitaria de la problemática de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico (VCM).

Entre otros se aborda el grado de compromiso institucional, el rol ejercido por el personal sanitario, la consideración de la VCM como un problema de salud pública o privado, el grado de prioridad que recibe la VCM en el Sistema Sanitario Vasco, la homogeneidad- heterogeneidad territorial y la perspectiva desde la que se aborda la atención sanitaria a mujeres víctimas de VCM.

Y ya que para abordar cualquier problemática desde la sanidad es necesario que se incluya en la agenda política del Departamento de Sanidad, el objetivo de este apartado es recoger la percepción de panelistas sobre la sensibilidad de género- y específicamente sobre la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico- en las políticas y actuaciones desarrolladas por el Departamento de Sanidad.

Para enfocar la violencia ejercida contra las mujeres como un problema de salud pública, se ha tomado como referencia la definición de **salud** realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1952 definió la salud como:

"no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad"

con lo que se supera el concepto biologicista de salud que únicamente hace referencia a lo físico y a lo psíquico, introduciendo el componente social y político a la salud junto al científico.

Las definiciones de los "**determinantes psicosociales de género**" y de la "**teoría biopsicosocial de la salud**" contenidas en el Glosario de términos del *Programa Salud y Mujer*, puesto en marcha por el Departamento de Sanidad y Consumo, resumen de manera muy concreta aquellos aspectos necesarios

para la consideración del género en la salud desde una perspectiva biopsicosocial.

**“Determinantes psicosociales de género:** aquellas condiciones de vida, trabajo, relaciones, posición social, capacidad para la resolución de problemas, disponibilidad de sistemas de apoyo y subjetividad que están relacionadas con el género y que ocasionan tensión, malestar y problemas de salud. Se incluyen circunstancias tales como la situación de subordinación económica y social, las dobles jornadas, la continua responsabilidad del cuidado de otros, la violencia de género, etc.

**La teoría biopsicosocial de la salud:** El enfoque biopsicosocial de la salud permite superar el enfoque o modelo biomédico reduccionista y dualista que considera al ser humano como dividido en mente y cuerpo. Aunque el modelo biomédico ha aportado la posibilidad de grandes desarrollos en medicina, es insuficiente ya que no tiene en cuenta que las causas de la enfermedad no son de forma aislada las alteraciones bioquímicas, anatómicas o funcionales, sino que además es de gran importancia la consideración de los factores sociales, económicos, culturales, de género, familiares y personales que intervienen en la enfermedad. Ésta no sería, por tanto, una simple disfunción biológica, sino el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales. Además, el Modelo Biopsicosocial busca humanizar la actividad sanitaria y dirigir la atención a la persona que padece la enfermedad y no a la enfermedad en sí misma sin tener en cuenta los múltiples factores que influyen en su expresión en un espacio y tiempo específico”.

### a. Diagnóstico y áreas de mejora detectadas.

En el Sistema Sanitario aún no se ha extendido la conceptualización de la violencia contra la mujer, como un **factor de riesgo para la salud** o un problema de **salud pública**, cuando ya se ha demostrado que conlleva una serie de consecuencias negativas en la salud de la mujer que la está padeciendo. Es importante considerar la problemática de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico como un problema de salud pública, ya que esto implicaría trabajar en prevenir los problemas de salud derivados de esta problemática y ampliar y mejorar la atención y seguridad de la población susceptible de sufrir este tipo de problemática.

Desde la perspectiva de la salud pública las actuaciones orientadas a la prevención de la Violencia doméstica contra las mujeres, si bien su ejecución no es competencia exclusiva de la atención sanitaria, pueden darse en tres niveles de intervención:

- Primaria, intervenciones dirigidas a evitar que se produzca la violencia.
- Secundaria, medidas centradas en las primeras respuestas una vez se ha producido la violencia, como la atención integral que puede darse en atención primaria o en urgencias o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual después de una violación, con el objetivo de disminuir su impacto sobre la salud.
- Terciaria, intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como las casas de acogida, la atención psicosocial a mujeres afectadas, atención a las secuelas en la salud o la rehabilitación de los maltratadores, con el objetivo de prevenir las repeticiones y las secuelas.

En el estudio llevado a cabo se ha puesto de manifiesto que en la actualidad la actuación sanitaria generalizada es principalmente reactiva y orientada a la atención tras la detección de una situación de VCM (o prevención secundaria). Una vez que la paciente reconoce ser víctima de VCM, se atiende únicamente a los síntomas físicos o psicológicos y no a la problemática que los ha originado. El pronóstico es que en los próximos cuatro años se avanzará para que, gradualmente, se tienda a prestar la atención sanitaria de manera proactiva, es

decir, orientando las actuaciones e intervenciones a la **detección precoz** de casos en los se puede estar sufriendo VCM.

Se reconoce a los servicios de salud entre los **lugares más idóneos** para la detección de este tipo de casos, ya que se calcula que sólo el 5% de las mujeres víctimas de violencia denuncia a su agresor ante la policía o el juzgado. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de las mujeres víctimas de violencia en el ámbito familiar acuden en algún momento al médico o médica de familia, por lo que los centros de salud son imprescindibles para identificar este tipo de víctimas, proporcionarles ayuda, y derivarlas a los recursos pertinentes.<sup>1</sup>

En la actualidad se observa que el abordaje eminentemente **biologicista** es un obstáculo para la detección y el tratamiento adecuado. Por tanto, es necesario que el abordaje desde el sistema sanitario se realice desde una perspectiva **biopsicosocial**, de manera que se consideren los factores sociales como estímulos externos que actúan sobre el cuerpo, estudiando a la mente como un órgano que responde con respuestas psicofisiológicas a determinadas situaciones. El panel pronostica que el modelo de atención se irá ajustando de manera moderada al abordaje integral de la problemática deseado.

La ausencia de criterios mínimos de calidad para la atención a la problemática, provoca que en la actualidad **no** se preste una atención **homogénea** independientemente de la ubicación del Centro de Salud, Punto de Atención Continuada, Centro de Salud Mental u Hospital.

Se reconoce el papel fundamental de la **formación continua** para la mejora de los procesos de atención sanitaria a los casos de violencia contra las mujeres. El impulso de políticas de formación continuada que permitan mejorar los procesos de atención a las pacientes de VCM en la actualidad, en opinión del panel, es una asignatura pendiente para el sistema sanitario pero se pronostica que la formación en VCM se impulsará en mayor medida en los próximos cuatro años. (El siguiente apartado del presente capítulo está dedicado íntegramente a la formación especializada)

---

<sup>1</sup> Informe mundial sobre violencia y salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, 2002,p.106

Se considera que el Sistema Sanitario aún no se encuentra suficientemente preparado para dar respuesta a las **necesidades** que, previsiblemente, surgirán cuando se avance en la detección de las situaciones de VCM hasta ahora ocultas. Se estima que el Sistema Sanitario realizará un avance notable en los próximos años para poder dar respuesta a estas necesidades.

#### **b. Acciones de mejora**

La inclusión de la respuesta sanitaria ante la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico, implica considerar la detección y atención sanitaria ante el maltrato contra las mujeres como una de las prestaciones obligatorias que debe ofrecer el sistema sanitario. Para ello, es necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de VCM tanto en los **objetivos asistenciales de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud** como en las **Carteras de Servicios especialmente de: Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Salud Mental.**

La aplicación de estas medidas, estableciendo unos **mínimos de calidad estándar** para los diferentes recursos sanitarios, sentarían las bases para avanzar en la homogenización de la atención a mujeres víctimas de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico.

Es necesario que el Departamento de Sanidad **refuerce el impulso de políticas de formación continuada** para la mejora de los procesos de actuación e intervención en los casos de VCM, que redundarán en una mayor y mejor calidad de la atención a las pacientes víctimas de VCM.

#### **V.2. Formación especializada**

La atribución errónea de los síntomas a problemas físicos o psicopatológicos, los prejuicios hacia la mujer maltratada y la falta de sensibilidad hacia la problemática, son algunas de las barreras que pueden dificultar no sólo la detección sino también el abordaje profesional adecuado ante una situación de maltrato. De ahí el papel tan importante de la formación especializada en materia de violencia contra las mujeres, puesto que **sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa.** Enseñar a los y las profesionales sanitarias cómo identificar la problemática de la VCM y motivarles, a través de la formación, a su

abordaje es vital para visualizar este fenómeno que se esconde tras sintomatologías muy diversas.

La Ley Integral, que entró en vigor el 29 de enero de 2005, reconoce la importancia de la formación estableciendo como obligaciones del Estado, relacionadas con la formación en materia de la violencia de género en el ámbito de la salud, las siguientes:

- ↪ *“Desarrollar programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.*
  
- ↪ *Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.”*

Para dotar a los y las profesionales de la sanidad de conocimientos, actitudes y habilidades para abordar la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres, es necesario incluir en esta formación **la perspectiva de género aplicada a la salud**. Ya que tener en cuenta la perspectiva de género como determinante de la salud en los programas de prevención, práctica clínica, investigación y distribución de recursos es una herramienta necesaria para entender e interpretar mejor la realidad. Así considerar el género, supone no solamente tener en cuenta las diferencias entre los sexos, sino también cómo inciden las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, y la construcción social de la feminidad y masculinidad en la salud. Y conlleva superar reducciones medico-biologicistas y enmarcarlo en un concepto biopsicosocial de la salud<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Concha Muñoz Jiménez. “Revisión crítica de la formación en género a los profesionales de la salud” En IV JORNADAS DE GÉNERO Y SALUD DEL SIEM ZARAGOZA, Mayo 2008.

### a. Diagnóstico y áreas de mejora detectadas.

Para la realización del diagnóstico en materia de formación en violencia ejercida contra la mujer en el ámbito doméstico (VCM), a través de la descripción de los diferentes escenarios - el actual, el pronosticable y el deseable- se presentaban diferentes colectivos sanitarios diferenciados por el tipo de centro en el que prestan la atención. La labor de los y las panelistas fue valorar el grado de importancia actual, futura y el deseo de que sea elemental formarse en materia de VCM para los diferentes colectivos.

Estos colectivos se presentaron de la siguiente manera:

**A- Centros de salud (CS):** medicina de familia, pediatría, enfermería, matronería, personal gestor y del área de atención a la clientela (AAC).

**B- Puntos de atención continuada (PAC):** médicos y médicas de familia y enfermeras y enfermeros.

**C- Centros hospitalarios (H):** pediatras, enfermería, matronería, médicos y médicas especialistas -traumatología, ginecología y obstetricia, psicología clínica y psiquiatría- personal gestor, profesionales del trabajo social y personal del área de atención a la clientela. Se ha analizado de forma diferenciada al personal que presta sus servicios en las urgencias hospitalarias -médicos y médicos de urgencias, especialistas en traumatología y cuerpo de enfermería.

**D- Centros de salud mental extrahospitalaria (CSM):** especialistas en psicología clínica, psiquiatras, enfermería, personal gestor, profesionales del trabajo social y personal del área de atención a la clientela.

En general, en opinión de los y las profesionales sanitarias que han conformado el panel, en la actualidad se está dando una importancia baja a la formación en materia de violencia contra la mujer en el ámbito doméstico al colectivo sanitario tanto en los centros de salud, como en los puntos de atención continuada, hospitales y centros de salud mental extrahospitalaria. Se pronostica que se incrementará la importancia concedida a la formación de los diferentes colectivos sanitarios para la mejora de la atención a las pacientes víctimas de la

violencia contra la mujer en el ámbito doméstico, aunque será necesario un mayor espacio temporal, a los cuatro años objeto de estudio, para que se alcancen los niveles de formación deseados por los y las panelistas.

Por tanto, se aprecia que la formación en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico y en perspectiva de género aplicada a la salud es una necesidad desatendida actualmente tanto en la formación de pregrado como en la de postgrado, la residencia médica o la formación continuada.

### **b. Acciones de mejora**

Dado que la formación no debería restringirse o centrarse exclusivamente en la violencia contra las mujeres, más bien debería ponerse en el contexto más amplio del estudio de las desigualdades en salud según género y de los sesgos derivados de la falta de esta perspectiva tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica, las propuestas se refieren a acciones formativas de pregrado y de formación continua tanto en **materia de violencia contra la mujer** como desde la **perspectiva de género aplicada a la salud**.

Algunos y algunas panelistas incorporaron nuevas acciones de mejora durante la primera ronda Delphi relacionadas con el contenido y metodología de la formación. Estas aportaciones se incorporaron durante la segunda ronda Delphi con el fin de contrastarlas con el resto de panelistas.

El gran grado de aceptación de las acciones de mejora relacionadas con la formación, tanto de los y las actuales profesionales de la sanidad como de los y las futuras profesionales, denota el alto grado de importancia otorgado por los y las panelistas a la formación específica en materia de violencia contra las mujeres y perspectiva de género aplicada a la salud. Por tanto, y en cumplimiento de lo establecido en la Ley Integral, se propone la **inclusión en los Planes de estudio** de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) y en la Escuelas Universitarias de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, de Donostia-San Sebastián y de Leioa **formación obligatoria en materia de violencia contra las mujeres y perspectiva de género**, incluyendo formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista y perspectiva del y la paciente.

Así como el **impulso de políticas de formación continuada** dirigidas a profesionales en activo con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en materia de violencia contra las mujeres y perspectiva de género. Sería altamente recomendable que se incida en ámbitos clave como la **atención primaria**, los servicios de **urgencia**, los servicios de **salud mental** y las especialidades de **ginecología- obstetricia** y **traumatología**.

Es importante remarcar la necesidad de que estas **acciones de formación se incluyan dentro de los planes de formación continua**, puesto que las actividades de formación que se integran en planes, tienen continuidad y son evaluadas para la mejora de su calidad.

Es alta la demanda de **herramientas** que permitan conocer mejor la problemática específica que padecen las pacientes víctimas de la violencia ejercida contra las mujeres, con el fin de mejorar las actitudes, aptitudes y competencias del personal sanitario en la atención a este tipo de casos. Se han consensuado una serie de acciones de mejora relacionadas con el contenido y metodología de las acciones formativas:

En relación al contenido de la formación, el panel de personas expertas ha propuesto que se incluya entre otros aspectos:

- ☞ Se preste atención al abordaje de la problemática específica de las mujeres de otras culturas.
- ☞ Se incluya formación sobre las implicaciones legales y responsabilidad de los y las profesionales sanitarias en la atención a las mujeres víctimas de VCM.
- ☞ Se forme en el manejo del estrés postraumático.

En relación a la metodología de la formación, se ha destacado la necesidad de una formación con contenido práctico con simulación de casos a través de la realización de talleres prácticos y con la elaboración de recursos formativos audiovisuales.

### V.3. Modelo de intervención sanitaria en materia de violencia contra las mujeres.

El tercer apartado dedicado a la visión de los y las expertas sobre la atención sanitaria de la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico (VCM), recoge la visión de los y las panelistas sobre el modelo de intervención desde el que actúa el Sistema Sanitario.

Se abordan diferentes aspectos necesarios para la realización de un abordaje integral de la VCM -aspectos sanitarios, sociales y legales- y se ofrecen una serie de propuestas relativas a la organización del servicio.

#### a. Diagnóstico y áreas de mejora detectadas.

Las fases por las que atraviesa una mujer víctima de maltrato pueden ser más o menos largas, dependiendo de muchos factores -apoyos familiares y sociales, recursos personales, ritmo de la persona entre otros- pero también es muy importante el posicionamiento de los y las profesionales que la están tratando; se puede colaborar para que reflexione y favorecer el mantenimiento de la situación o por el contrario, se puede colaborar para que reflexione y favorecer el cambio; además, si se resuelven los síntomas sin considerar las causas, se pueden estar favoreciendo la cronificación de las situaciones.

Por tanto, es altamente deseable que en los casos en los que se sospeche, o se tenga la confirmación de que se está atendiendo a una paciente víctima de VCM, se le ofrezca ayuda, independientemente de que reconozca la situación sufrida, para **prevenir la cronificación del problema o la aparición de problemas médicos y secuelas**. Parece que en la actualidad aún no se ha logrado que sea una práctica generalizada en la intervención sanitaria, si bien, se prevé que en el espacio temporal estudiado (hasta el año 2012) se incrementará la tendencia a ofrecer ayuda a aquellas pacientes que sean víctimas de VCM, independiente de que reconozcan la situación sufrida.

Por otro lado, se ha prestado atención al tipo de información facilitada por el personal sanitario, concretamente, sobre los **recursos sociales** y los **trámites** necesarios para **denunciar** a su agresor. En la actualidad **no hay una tendencia generalizada** a facilitar este tipo de información aunque se observa

que se está avanzando en este punto lo que lleva al panel a vaticinar que se tenderá a ofrecer esta información.

Las **consecuencias de la violencia de género para la salud mental** de las mujeres se han puesto de relieve en diferentes estudios realizados dentro y fuera de España, según los cuales las mujeres que sufren violencia de género tienen entre tres y cuatro veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico. Más de las tres cuartas partes de las víctimas sufren al menos depresión leve o trastornos de ansiedad, y hasta una de cada tres están gravemente deprimidas. El riesgo de suicidio es hasta cuatro veces mayor en las mujeres maltratadas, y en muchos casos puede estar condicionado por el agotamiento emocional y psíquico. El síndrome de estrés postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de las mujeres que han sufrido maltrato físico<sup>3</sup>. Por esta razón se ha incluido una pregunta relacionada con la valoración de si en la **actuación sanitaria ante un caso de VCM se realiza la valoración de la necesidad de atención psicológica**. El panel de personas expertas percibe como **altamente deseable** que en los casos atendidos de víctimas de VCM, en los que se realice una intervención sanitaria, ésta implique la valoración de la necesidad de una atención psicológica y el pronóstico realizado de que se valore la necesidad de atención psicológica es de una probabilidad de ocurrencia alta. En la actualidad **no es claro si esta valoración de la necesidad de atención psicológica se realiza** o no, puesto que no se ha logrado consensuar esta afirmación.

Otro aspecto importante en las intervenciones con pacientes víctimas de VCM, es la inclusión en la **Historia Clínica, de las pacientes, la existencia o sospecha de que está padeciendo una situación de maltrato**. La forma recomendada para su registro, es la codificación a través del CIE-9 MC por ser el que permite realizar una codificación más explícita de los posibles diagnósticos de maltrato, y permite indicar quién fue el autor de la agresión o supuesta agresión.

Los y las panelistas son conscientes de la necesidad de incluir en las Historias Clínicas la existencia o sospecha de maltrato y aspiran a que esta inclusión se realice. Aunque en la actualidad el registro de esta información en las Historias

---

<sup>3</sup> Documentos de Salud Pública 86 (pág.23-24) y Pilar Blanco et.al.

**Clínicas no sea una práctica generalizada se pronostica que se tenderá a registrar** la información en las Historias Clínicas.

La razón esgrimida por parte de algunos y algunas panelistas para explicar la no inclusión en las Historias Clínicas, es la falta de información sobre la definición concreta de cada uno de los diagnósticos contenidos en el CIE-9 MC y creen que en la medida de que estos códigos relacionados con el maltrato sean conocidos se tenderá a incluirlos en las Historias Clínicas.

Es importante no sólo registrar el tipo de maltrato, sino también la valoración del riesgo, si ha sido remitida a otros u otras profesionales, si se ha realizado parte judicial, y todos aquellos detalles sobre la valoración del estado de salud de la mujer.

El registro del maltrato o de su sospecha es importante por diferentes razones, entre las que destacan:

- ✎ Facilitar la coordinación con otros y otras profesionales sanitarias, es útil para el seguimiento del proceso médico, o para que otro y otra profesional participe en el seguimiento del problema.
- ✎ Puede ser vital en el proceso judicial. La Historia Clínica tiene valor como documento legal, y puede ser aportada como prueba en aquellos casos de agresión en los que no se cumplieron partes judiciales pero en los que fue necesaria una atención médica. Esto podría ayudar a demostrar la habitualidad en el maltrato ejercido contra una mujer que se decide a interponer una denuncia.
- ✎ Si el o la profesional es requerida para declarar en un juicio por un caso de maltrato, en la Historia Clínica estarán recogidos los detalles necesarios sobre la actuación sanitaria y evitará que se olviden detalles importantes.
- ✎ Sobre lo que no se conoce no se puede actuar. Es fundamental disponer de bases de datos epidemiológicas homogéneas para poder estudiar y analizar el impacto y la magnitud de la problemática<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> RCEAP nº 12. Prevención terciaria de la Violencia Doméstica: Actuaciones ante un caso de malos tratos. Sonia Herrero et.al.

## b. Acciones de mejora

Se ha tratado sobre el impacto de la violencia contra las mujeres en la salud mental de las mismas, pero sólo algunas víctimas de maltrato presentan trastornos psicopatológicos bien definidos. En muchos casos, los motivos de consulta pueden ser síntomas físicos y psicológicos poco específicos y trastornos por somatización, que pueden ser la carta de presentación de una situación de maltrato; por tanto, es **necesario enfatizar, en la necesidad de plantearse de manera rutinaria la agresión o los malos tratos como un diagnóstico diferencial más.**

En la medida en que en la actualidad no se encuentra formada la generalidad del personal sanitario susceptible de atender casos de VCM, se recomienda la **creación de unidades de referencia interdisciplinarias** en los Hospitales, en los Centros de Salud Mental Extrahospitalaria y a nivel comarcal de Atención Primaria con las funciones de: orientación, apoyo y formación dirigida a los y las profesionales sanitarias y coordinación intra e interinstitucional en casos de VCM.

Ante el desconocimiento mostrado sobre cómo registrar el maltrato en las Historias Clínicas, se recomienda **incluir en las acciones formativas** sobre la violencia contra las mujeres formación sobre cómo **codificar el tipo de maltrato según el código CIE-9 MC** para poder incluir en la **Historia Clínica de las pacientes, la existencia o sospecha de que está padeciendo una situación de maltrato.**

A pesar de disponer de un Protocolo Sanitario específico (Ver próximo apartado) para atender a pacientes víctimas de maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico, y al centrarse éste en el proceso de coordinación intra e interinstitucional realizando una somera descripción de cómo actuar, se observa que en la actualidad no se aplica un **modelo** de actuación e intervención **homogéneo** y claro, que sirva de guía a los y las profesionales sanitarias para atender a pacientes víctimas del maltrato ejercido contra las mujeres en el ámbito doméstico. Es clara la necesidad de **establecer pautas de actuación y reforzar las acciones formativas** para prestar una adecuada atención a las mujeres víctimas de VCM que acuden al sistema sanitario.

#### **V.4. Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres.**

La actuación del personal sanitario ante una víctima de maltrato o de violencia sexual que acude a un Centro Sanitario, bien sea a una consulta de Atención Primaria, de Especializada o a un Servicio de Urgencias, tanto en el ámbito privado como público, se ajustará a lo establecido por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en el *Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres y la Violencia Sexual contra las Mujeres* (en adelante Protocolo de actuación, Protocolo sanitario o Protocolo) que actualiza el anterior Protocolo sanitario "*Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos, Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco*" (2000). Ambos se encuentran incluidos en el marco del Primer y Segundo "*Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales*" respectivamente.

El Protocolo sanitario tiene como objetivo establecer pautas comunes de actuación en la CAPV para asegurar una atención sanitaria integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico, de agresión o abuso sexuales que acuden a un centro sanitario. Para facilitar dicha atención integral, tanto en lo sanitario como en lo jurídico y social, se presenta al personal sanitario un árbol de decisiones/procedimientos que permitan recuperar la salud a la víctima y beneficiarse de los recursos sociales disponibles, por un lado, y, por otro, permitan las actuaciones forenses y legales pertinentes.

Para conocer la percepción de las personas consultadas sobre el "*Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres*" los y las panelistas han mostrado su visión sobre el impacto del Protocolo de actuación en la mejora de la atención sanitaria de la violencia en el ámbito doméstico, su grado de difusión, y si es lo suficientemente aplicado por parte de los diferentes colectivos sanitarios.

Para profundizar en el grado de conocimiento y aplicación del "*Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el ámbito Doméstico contra las Mujeres*", se han analizado los diferentes colectivos sanitarios objeto de estudio desagregados por el tipo de centro sanitario en el que desempeñan su trabajo (centros de

salud, puntos de atención continuada, hospitales y centros de salud mental extrahospitalaria).

Las acciones de mejora propuestas versan sobre herramientas para la mejora del conocimiento y aplicación de Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el Ámbito Doméstico contra las Mujeres.

#### **a. Diagnóstico y áreas de mejora detectadas.**

Es **corto** aún el **recorrido** del nuevo Protocolo sanitario para considerar que su puesta en marcha (Septiembre 2008) haya logrado la mejora de la atención a mujeres víctimas de VCM, así como, para valorar que con su aplicación se hayan **detectado** un mayor número de casos, y que haya **mejorado** el **seguimiento** de los casos de mujeres víctimas de maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico. Por lo que los y las panelistas no consideran que por el momento ésta haya sido una herramienta útil para la mejora de la atención de mujeres víctimas de VCM. Si bien, se pronostica que, en la medida en que se vaya conociendo y complementando con herramientas de apoyo para su aplicación, se incrementará su utilidad para la detección y seguimiento de los casos de VCM.

Al hablar de la intervención en situaciones de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico, se debe tener presente que es un proceso que atraviesa diferentes ciclos. La mujer víctima de VCM acude durante todas estas fases a los recursos sanitarios, con diferentes demandas a causa de la somatización de la situación que están viviendo. Es importante que los y las sanitarias aprendan a **identificar las diferentes situaciones** ya que su actuación variará en función del momento en el que se encuentre la mujer. El Protocolo de actuación en la actualidad **no relaciona las actuaciones** sanitarias con los diferentes ciclos en los que se puede encontrar la paciente víctima de VCM, ni se dispone de una **guía de actuación** que detalle qué pasos seguir durante la intervención sanitaria.

## b. Acciones de mejora

La puesta en marcha del Protocolo sanitario no ha supuesto, por el momento, una actuación homogénea, al no incluir una descripción detallada de cómo se debe intervenir desde el sistema sanitario ante un caso de VCM. De lo que se puede concluir que para lograr que su aplicación impacte en la mejora de la atención a pacientes víctimas de VCM, este Protocolo debe de ir acompañado de **acciones de difusión y de formación sobre su aplicación**, así como, de la elaboración de **materiales de apoyo** para su puesta en marcha.

Se propone la elaboración de diferentes **guías de apoyo específicas** enfocadas a las diferentes actuaciones, que deben seguir dependiendo del servicio sanitario desde el que reciben atención las pacientes víctimas de VCM. Por tanto, sería recomendable la elaboración de guías específicas para la **Atención Primaria, Servicio de Urgencias, Atención Especializada y Salud Mental**, adaptando las actuaciones propuestas en estas guías a las diferentes **fases** en las que se pueden encontrar las pacientes víctimas de VCM.

## V.5. Recursos, cobertura del Servicio

El apartado relacionado con los recursos del Sistema Sanitario para dar cobertura a la problemática de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico, se centra en los **recursos de comunicación**, que permiten un mejor acceso a aquellas mujeres en situación de **especial vulnerabilidad** para comunicarse con los y las profesionales sanitarias. Se ha prestado atención a los servicios de apoyo técnico, que pueden facilitar el acceso a los recursos sanitarios a mujeres que por tener algún tipo de diversidad funcional, o por la falta de conocimiento adecuado del idioma y/o de la cultura en la que se desenvuelven, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad.

Por otro lado, se ha solicitado la valoración de recursos relacionados con la intimidad de la víctima en el centro sanitario en el que es atendida.

### a. Diagnóstico y áreas de mejora detectadas.

En opinión de las personas que conforman el panel, en la actualidad es aún muy bajo el acceso tanto a recursos de **mediación intercultural** para atender a la población inmigrante, como a recursos de **interpretación de lengua de signos**. Los y las panelistas manifiestan su alta aspiración a la posibilidad de acceder a ambos recursos de comunicación e intervención.

No se ha observado consenso a la hora de que el panel se situara entorno a la disponibilidad, actual y futura, de **recursos de traducción** para atender a la población inmigrante. Esto puede ser a causa de que, se encuentra desigualmente implementado el servicio de traducción telemática vía telefónica puesto en marcha por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud en Abril de 2008.

### b. Acciones de mejora

Las acciones de mejora propuestas contemplan la posibilidad de disponer de recursos comunicativos propios, gestionados por el Departamento de Sanidad y de acceso directo por parte de profesionales sanitarios. Así como, los recursos que garanticen la intimidad de las pacientes víctimas de VCM.

Se propone la generalización del **sistema de traducción simultánea vía telefónica**, a la totalidad de centros hospitalarios de la CAPV y a los Centros de Atención Primaria, priorizando aquellas zonas en las que se concentre mayor población inmigrante.

Se considera adecuada la disponibilidad de una **sala de espera** que garantice la **intimidad** de las pacientes víctimas de VCM, que aún siendo una medida a la que se aspira no se puede concluir su grado de factibilidad, puesto que no se ha logrado un mínimo consenso.

Las mejoras relacionadas con los recursos para ofrecer una mejor cobertura del servicio, aportadas por los y las panelistas, se han enfocado hacia la mejoría de los **recursos de información**; la propia página Web de Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud y Osabide, aplicación informática implementada por

Osakidetza/Servicio Vasco de Salud en Atención Primaria, que permite disponer de la Historia Clínica Digital Única por paciente.

Concretamente para la mejora de estos recursos de información se propone:

- La creación de un apartado en la página **web** de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud con información actualizada sobre **herramientas de actuación** en casos de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico.
- La introducción en **OSABIDE** de **indicadores** referidos a la violencia contra la mujer, ante **cuadros** que pueden estar relacionados con la VCM, como la ansiedad, depresión, hiperfrecuentación, etc.

La aportación de panelistas de acciones de mejora relacionadas con la mejora de los recursos de información parece responder a una demanda de **herramientas que sirvan de orientación** a la hora de atender a pacientes víctimas de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico y/o de identificar y detectar a mujeres que pueden estar padeciéndola.

## V.6. Coordinación intra e interinstitucional

El último apartado del presente capítulo, dedicado a la visión de los y las panelistas expertas consultadas, se refiere a la coordinación tanto dentro de la organización sanitaria como de ésta con otros recursos sociales, judiciales o policiales que atienden a mujeres víctimas de violencia de maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico.

Se observan aspectos como los sistemas de comunicación intra e interinstitucionales, la valoración sobre el grado de adecuación de la coordinación entre las diferentes especialidades sanitarias y de éstas con otros recursos sociales, judiciales o policiales.

Las acciones de mejora se centran en las herramientas necesarias para ayudar y garantizar una mejor coordinación intra e interinstitucional: la Historia Clínica, Protocolos Locales de atención a mujeres víctimas de VCM y soportes informativos sobre otros recursos de atención.

#### a. Diagnóstico y áreas de mejora detectadas.

En la actualidad el personal de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud que atiende a mujeres víctimas de la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico, en opinión del panel **no** dispone del **conocimiento suficiente** ni de los recursos disponibles en otros ámbitos de atención, ni de los cauces de respuesta pública en esta materia. Se prevé que el conocimiento, tanto sobre otros recursos de atención, como de la respuesta pública a la problemática irá en aumento.

Los resultados referidos a la valoración realizada por panelistas, sobre el grado de adecuación de la coordinación con otros recursos que se ha centrado en los Servicios Sociales de Base, la Ertzaintza, las Policías Locales, el Juzgado de referencia y el Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML), muestran que en la actualidad se percibe que la **coordinación** con todos estos recursos se realiza de manera **neutra**, es decir, no se valora ni de manera positiva ni negativa, aunque se prevé que la tendencia será mejorar notablemente la coordinación **interinstitucional**.

Respecto a la coordinación **intrainstitucional** se ha prestado especial atención a la comunicación tanto, de la sospecha de maltrato como a la confirmación de los casos, entre la Atención Primaria y la medicina Especializada y de Urgencia.

En la actualidad, en opinión del panel aún no se produce de manera generalizada la transmisión de este tipo de información y parece que en un futuro pronosticable esta comunicación mejorará pero sin alcanzar aún los niveles idóneos, por lo que se identifica como un proceso de cambio lento.

#### b. Acciones de mejora

En este punto se retoma la propuesta realizada en el apartado dedicado al modelo de intervención sanitaria, de incluir en la **Historia Clínica de las pacientes la existencia o sospecha de que está padeciendo una situación de maltrato**, puesto que es una herramienta útil para facilitar la coordinación con otros y otras profesionales sanitarias, y para realizar el seguimiento del proceso médico.

Además, el panel añade a ésta la propuesta de que el **Instituto Vasco de Medicina Legal tenga acceso a la Historia Clínica**, en aquellas ocasiones en las que la mujer aluda a agresiones anteriores, en las que fue necesaria una intervención sanitaria pero que no derivaron en denuncia, para recabar información para la elaboración de los informes periciales forenses. De ahí la importancia de que la información recogida en las Historias Clínicas sea lo más precisa y detallada posible, dado que puede ayudar a demostrar durante un proceso judicial, la habitualidad del maltrato padecido por parte de la mujer.

Para reforzar la actuación social desde el sistema sanitario y mejorar la coordinación con los Servicios Sociales de Base, se propone **reforzar los servicios sociales propios**, incrementando el personal del área del Trabajo Social y recuperando su presencia en los centros de atención primaria.

**Anexo I- INFORME DE RESULTADOS DEL ESTUDIO DELPHI**

**RESULTADOS: PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO.****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.1.- ESCENARIO ACTUAL (ACTUALIDAD).</b>			
P.3	La actuación de los servicios de salud es reactiva y orientada únicamente a la atención tras la detección de la situación de violencia.	7,00	1,00
P.12	Las y los sanitarios se acercan a la violencia influenciados por un enfoque biologicista y el problema del maltrato se acerca más a la problemática psicosocial.	6,50	2,00
P.11	Los servicios de la salud se encuentran entre los lugares más idóneos para la detección de casos de VCM.	6,00	2,00
P.6	Los y las profesionales de la Salud son conscientes del papel fundamental que juega la sanidad si se tiene en cuenta que las mujeres víctimas de VCM acuden al sistema sanitario con más frecuencia que a otros recursos públicos.	5,50	2,00
P.1	El compromiso del Sistema Sanitario Vasco en materia de maltrato contra la mujer se adecua a las necesidades de atención sanitaria de la problemática	5,00	2,00
P.2	Las iniciativas puestas en marcha por el Departamento de Sanidad en esta materia se adecuan a las necesidades de atención sanitaria de la problemática.	5,00	2,00
P.4	La actuación de los servicios de salud es proactiva y reactiva, orientada tanto a la detección de una situación de VCM como a la atención de los síntomas tanto físicos como psicológicos.	4,00	2,00
P.5	Se aplica un modelo de atención sanitaria integral en los casos de VCM que implica la suma de todos los factores que están interfiriendo en su salud.	4,00	1,00
P.7	El maltrato ejercido contra las mujeres es considerado por la generalidad de profesionales de la salud como un problema de salud pública.	4,00	2,00
P.8	La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente de la Comarca Sanitaria en la que se encuentre el Centro de Salud, PAC o Centro de Salud Mental extrahospitalaria.	4,00	1,00
P.9	La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente del Hospital que atienda a este tipo de pacientes.	4,00	2,00
P.10	Se realiza un abordaje integrado, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.	4,00	2,00
P.13	El sistema sanitario está preparado para dar respuesta a las necesidades que previsiblemente surgirán cuando se avance en la detección de las situaciones de violencia.	4,00	2,00
P.14	Se impulsan políticas de formación continuada que permiten mejorar los procesos dando una mayor calidad de atención a las pacientes víctimas de VCM.	3,00	2,00

**RESULTADOS: PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO.****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).</b>			
P.11	Los servicios de la salud se encuentran entre los lugares más idóneos para la detección de casos de VCM.	8,00	1,00
P.3	La actuación de los servicios de salud es reactiva y orientada únicamente a la atención tras la detección de la situación de violencia.	7,00	2,00
P.12	Las y los sanitarios se acercan a la violencia influenciados por un enfoque biologicista y el problema del maltrato se acerca más a la problemática psicosocial.	7,00	1,00
P.6	Los y las profesionales de la Salud son conscientes del papel fundamental que juega la sanidad si se tiene en cuenta que las mujeres víctimas de VCM acuden al sistema sanitario con más frecuencia que a otros recursos públicos.	7,00	1,00
P.2	Las iniciativas puestas en marcha por el Departamento de Sanidad en esta materia se adecuan a las necesidades de atención sanitaria de la problemática.	7,00	2,00
P.1	El compromiso del Sistema Sanitario Vasco en materia de maltrato contra la mujer se adecua a las necesidades de atención sanitaria de la problemática	6,00	2,50
P.4	La actuación de los servicios de salud es proactiva y reactiva, orientada tanto a la detección de una situación de VCM como a la atención de los síntomas tanto físicos como psicológicos.	6,00	2,00
P.5	Se aplica un modelo de atención sanitaria integral en los casos de VCM que implica la suma de todos los factores que están interfiriendo en su salud.	6,00	2,00
P.7	El maltrato ejercido contra las mujeres es considerado por la generalidad de profesionales de la salud como un problema de salud pública.	6,00	2,00
P.8	La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente de la Comarca Sanitaria en la que se encuentre el Centro de Salud, PAC o Centro de Salud Mental extrahospitalaria.	6,00	2,00
P.9	La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente del Hospital que atienda a este tipo de pacientes.	6,00	2,00
P.10	Se realiza un abordaje integrado, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.	6,00	1,00
P.13	El sistema sanitario está preparado para dar respuesta a las necesidades que previsiblemente surgirán cuando se avance en la detección de las situaciones de violencia.	6,00	2,00
P.14	Se impulsan políticas de formación continuada que permiten mejorar los procesos dando una mayor calidad de atención a las pacientes víctimas de VCM.	6,00	2,00

**RESULTADOS: PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO.****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.3.- ESCENARIO DESEABLE (DESEO).</b>			
P.6	Los y las profesionales de la Salud son conscientes del papel fundamental que juega la sanidad si se tiene en cuenta que las mujeres víctimas de VCM acuden al sistema sanitario con más frecuencia que a otros recursos públicos.	9,00	1,00
P.1	El compromiso del Sistema Sanitario Vasco en materia de maltrato contra la mujer se adecua a las necesidades de atención sanitaria de la problemática	9,00	1,00
P.2	Las iniciativas puestas en marcha por el Departamento de Sanidad en esta materia se adecuan a las necesidades de atención sanitaria de la problemática.	9,00	1,00
P.7	El maltrato ejercido contra las mujeres es considerado por la generalidad de profesionales de la salud como un problema de salud pública.	9,00	1,00
P.5	Se aplica un modelo de atención sanitaria integral en los casos de VCM que implica la suma de todos los factores que están interfiriendo en su salud.	8,50	1,00
P.14	Se impulsan políticas de formación continuada que permiten mejorar los procesos dando una mayor calidad de atención a las pacientes víctimas de VCM.	8,50	1,00
P.11	Los servicios de la salud se encuentran entre los lugares más idóneos para la detección de casos de VCM.	8,00	1,00
P.4	La actuación de los servicios de salud es proactiva y reactiva, orientada tanto a la detección de una situación de VCM como a la atención de los síntomas tanto físicos como psicológicos.	8,00	1,00
P.8	La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente de la Comarca Sanitaria en la que se encuentre el Centro de Salud, PAC o Centro de Salud Mental extrahospitalaria.	8,00	1,00
P.9	La atención a la problemática se realiza de manera homogénea independientemente del Hospital que atienda a este tipo de pacientes.	8,00	1,00
P.10	Se realiza un abordaje integrado, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.	8,00	1,00
P.13	El sistema sanitario está preparado para dar respuesta a las necesidades que previsiblemente surgirán cuando se avance en la detección de las situaciones de violencia.	8,00	1,00
P.12	Las y los sanitarios se acercan a la violencia influenciados por un enfoque biologicista y el problema del maltrato se acerca más a la problemática psicosocial.	7,00	5,00
P.3	La actuación de los servicios de salud es reactiva y orientada únicamente a la atención tras la detección de la situación de violencia.	4,00	6,00

**RESULTADOS: PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO.****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.1.- VALORACIÓN DE PERTINENCIA.</b>			
P.15	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de atención primaria.	8,00	2,00
P.18	Se considera necesaria la existencia de una figura o equipo que supervise y oriente a los y las profesionales para la atención de los	8,00	1,00
P.17	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de salud	7,00	1,00
A.P.1	Inclusión de la atención a pacientes víctimas de VCM dentro de los objetivos asistenciales de Osakidetza.	7,00	2,50
P.16	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios hospitalaria.	6,00	2,00
A.P.2	Realizar labores de acompañamiento en el proceso para salir de la relación de violencia en aquellas mujeres que no desean ser derivadas a Servicios Sociales.	6,00	3,00
<b>2.2.- VALORACIÓN DE FACTIBILIDAD.</b>			
P.18	Se considera necesaria la existencia de una figura o equipo que supervise y oriente a los y las profesionales para la atención de los	7,00	1,00
P.17	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de salud	7,00	2,00
A.P.1	Inclusión de la atención a pacientes víctimas de VCM dentro de los objetivos asistenciales de Osakidetza.	7,00	2,00
P.15	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de atención primaria.	6,50	2,00
P.16	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios hospitalaria.	6,00	1,00
A.P.2	Realizar labores de acompañamiento en el proceso para salir de la relación de violencia en aquellas mujeres que no desean ser derivadas a Servicios Sociales.	5,00	2,00
<b>2.3.- VALORACIÓN DE CAPACIDAD.</b>			
P.15	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de atención primaria.	8,00	1,00
P.16	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios hospitalaria.	8,00	1,00
P.17	Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la cartera de servicios de salud	8,00	1,00
P.18	Se considera necesaria la existencia de una figura o equipo que supervise y oriente a los y las profesionales para la atención de los	8,00	1,00
A.P.1	Inclusión de la atención a pacientes víctimas de VCM dentro de los objetivos asistenciales de Osakidetza.	7,00	2,00
A.P.2	Realizar labores de acompañamiento en el proceso para salir de la relación de violencia en aquellas mujeres que no desean ser derivadas a Servicios Sociales.	6,00	3,00

**RESULTADOS: FORMACIÓN****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
---------	----------	---------	------------

**1.1.- ESCENARIO ACTUAL (ACTUALIDAD).**

**Se considera importante en la actualidad que reciban formación en materia de VCM los siguientes colectivos...**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
P.40	Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	6,00	1,50
P.41	Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	6,00	2,00
P.42	Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	6,00	1,50
P.44	Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	6,00	1,00
P.19	Médicos y Médicas de Familia de Centros de Salud.	5,00	1,00
P.20	Pediatras de Centros de Salud.	5,00	2,00
P.21	Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	5,00	2,00
P.22	Matronas y Matronos de Centros de Salud.	5,00	2,00
P.25	Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	5,00	1,50
P.26	Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	5,00	2,00
P.27	Pediatras del Hospital.	5,00	2,00
P.28	Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	5,00	2,00
P.29	Matronas y Matronos del Hospital.	5,00	2,00
P.31	Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	5,00	2,00
P.32	Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	5,00	1,00
P.33	Psiquiatras del Hospital.	5,00	1,00
P.35	Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	5,00	2,00
P.37	Médicos y Médicas de Urgencias del Hospital.	5,00	2,50
P.38	Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	5,00	2,00
P.39	Enfermeras y Enfermeros de Urgencias del Hospital.	5,00	2,00
P.43	Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	5,00	1,00
P.23	Personal Gestor de Centros de Salud.	4,00	2,00
P.30	Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	4,00	1,50
P.34	Personal Gestor del Hospital.	4,00	2,00
P.45	Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	4,00	2,00
P.24	Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	3,00	1,00
P.36	Formación al Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	3,00	2,00

**1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).**

**Se considerará importante en el futuro que reciban formación en materia de VCM los siguientes colectivos...**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
P.35	Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	8,00	1,50
P.40	Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	8,00	2,00
P.44	Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	8,00	2,00
P.19	Médicos y Médicas de Familia de Centros de Salud.	7,00	2,00
P.20	Pediatras de Centros de Salud.	7,00	2,50
P.21	Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	7,00	2,00
P.22	Matronas y Matronos de Centros de Salud.	7,00	0,00
P.25	Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	7,00	2,00
P.26	Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	7,00	2,00
P.27	Pediatras del Hospital.	7,00	1,00
P.28	Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	7,00	1,00
P.29	Matronas y Matronos del Hospital.	7,00	1,00
P.31	Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	7,00	2,00

**RESULTADOS: FORMACIÓN****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
---------	----------	---------	------------

**Se considerará importante en el futuro que reciban formación en materia de VCM los siguientes colectivos...**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
P.32	Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	7,00	1,00
P.33	Psiquiatras del Hospital.	7,00	3,00
P.37	Médicos y Médicas de Urgencias del Hospital.	7,00	2,00
P.38	Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	7,00	2,00
P.39	Enfermeras y Enfermeros de Urgencias del Hospital.	7,00	2,50
P.41	Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	7,00	2,50
P.42	Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	7,00	2,00
P.23	Personal Gestor de Centros de Salud.	6,00	2,00
P.24	Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	6,00	1,00
P.30	Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	6,00	2,00
P.34	Personal Gestor del Hospital.	6,00	2,00
P.43	Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	6,00	2,00
P.45	Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	6,00	2,00
P.36	Formación al Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	5,00	2,00

**1.3.- ESCENARIO DESEABLE (DESEO).**

**Se considera deseable que reciban formación en materia de VCM los siguientes colectivos...**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
P.19	Médicos y Médicas de Familia de Centros de Salud.	9,00	1,00
P.21	Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	9,00	1,00
P.25	Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	9,00	1,00
P.26	Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	9,00	1,00
P.31	Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	9,00	1,00
P.32	Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	9,00	1,00
P.33	Psiquiatras del Hospital.	9,00	1,00
P.35	Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	9,00	1,00
P.37	Médicos y Médicas de Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.38	Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.39	Enfermeras y Enfermeros de Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.40	Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.41	Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.42	Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.44	Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.20	Pediatras de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.22	Matronas y Matronos de Centros de Salud.	8,00	2,00
P.23	Personal Gestor de Centros de Salud.	8,00	2,00
P.27	Pediatras del Hospital.	8,00	1,50
P.28	Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	8,00	2,00
P.29	Matronas y Matronos del Hospital.	8,00	1,50
P.30	Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	8,00	2,00
P.34	Personal Gestor del Hospital.	8,00	3,00
P.36	Formación al Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	8,00	3,00
P.43	Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	8,00	3,00
P.24	Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	7,00	2,00
P.45	Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	7,00	3,00

**RESULTADOS: FORMACIÓN****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.1.- VALORACIÓN DE PERTINENCIA.</b>			
P.50	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	8,00	2,00
P.51	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	8,00	2,00
P.52	Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en materia de VCM.	8,00	2,00
P.53	Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en perspectiva de género.	8,00	2,00
A.F.2	Formación en materia de implicaciones legales y responsabilidad de profesionales en la atención a las mujeres víctimas de VCM.	8,00	1,00
A.F.4	Formación con metodología participativa: talleres prácticos con simulación de casos.	8,00	1,50
A.F.3	Formación en el manejo del estrés postraumático.	7,50	2,00
P.46	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina formación en violencia ejercida sobre las mujeres.	7,00	2,00
P.47	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina formación en perspectiva de Género en la enseñanza en las aulas.	7,00	2,00
P.48	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería formación en violencia ejercida sobre las mujeres.	7,00	2,00
P.49	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería formación en perspectiva de Género en la enseñanza en las aulas.	7,00	2,00
A.F.6	Inclusión en la formación en materia de VCM al colectivo auxiliar de enfermería	7,00	3,00
A.F.5	Creación de recursos formativos audiovisuales, con simulación de casos prácticos.	7,00	1,50
A.F.1	Formación en el abordaje de la problemática específica de las mujeres procedentes de otras culturas.	7,00	2,00
A.F.7	Inclusión en la formación en materia de VCM a las y los Celadores.	5,00	3,50

**RESULTADOS: FORMACIÓN****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.2.- VALORACIÓN DE FACTIBILIDAD.</b>			
P.48	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería formación en violencia ejercida sobre las mujeres.	7,00	1,00
P.50	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	7,00	2,00
P.51	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	7,00	2,00
P.52	Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en materia de VCM.	7,00	1,00
P.53	Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en perspectiva de género.	7,00	2,00
A.F.6	Inclusión en la formación en materia de VCM al colectivo auxiliar de enfermería	7,00	3,00
A.F.2	Formación en materia de implicaciones legales y responsabilidad de profesionales en la atención a las mujeres víctimas de VCM.	7,00	2,00
A.F.3	Formación en el manejo del estrés postraumático.	7,00	2,00
A.F.4	Formación con metodología participativa: talleres prácticos con simulación de casos.	7,00	1,50
A.F.5	Creación de recursos formativos audiovisuales, con simulación de casos prácticos.	7,00	1,50
P.46	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina formación en violencia ejercida sobre las mujeres.	6,00	3,00
P.47	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina formación en perspectiva de Género en la enseñanza en las aulas.	6,00	2,00
P.49	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería formación en perspectiva de Género en la enseñanza en las aulas.	6,00	2,00
A.F.7	Inclusión en la formación en materia de VCM a las y los Celadores	6,00	2,50
A.F.1	Formación en el abordaje de la problemática específica de las mujeres procedentes de otras culturas.	6,00	3,00

**RESULTADOS: FORMACIÓN****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.3.- VALORACIÓN DE CAPACIDAD.</b>			
P.51	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	8,00	2,50
P.52	Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en materia de VCM.	8,00	2,00
P.53	Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en perspectiva de género.	8,00	2,50
P.46	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina formación en violencia ejercida sobre las mujeres.	7,00	1,00
P.48	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería formación en violencia ejercida sobre las mujeres.	7,00	2,00
P.50	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina de formación en habilidades de comunicación, técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	7,00	2,00
A.F.6	Inclusión en la formación en materia de VCM al colectivo auxiliar de enfermería	7,00	2,00
A.F.2	Formación en materia de implicaciones legales y responsabilidad de profesionales en la atención a las mujeres víctimas de VCM.	7,00	2,00
A.F.3	Formación en el manejo del estrés postraumático.	7,00	2,00
A.F.4	Formación con metodología participativa: talleres prácticos con simulación de casos.	7,00	1,50
A.F.5	Creación de recursos formativos audiovisuales, con simulación de casos prácticos.	7,00	2,50
P.47	Inclusión en los planes de estudio de las Facultades de Medicina formación en perspectiva de Género en la enseñanza en las aulas.	6,00	2,00
P.49	Inclusión en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería formación en perspectiva de Género en la enseñanza en las aulas.	6,00	2,00
A.F.7	Inclusión en la formación en materia de VCM a las y los Celadores	6,00	3,50
A.F.1	Formación en el abordaje de la problemática específica de las mujeres procedentes de otras culturas.	6,00	2,00

**RESULTADOS: INTERVENCIÓN.****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.1.- ESCENARIO ACTUAL (ACTUALIDAD).</b>			
P.57	ACTUACIÓN SOCIAL. En el caso de voluntad de denuncia se facilita la información sobre los trámites necesarios para interponerla.	5,00	1,00
P.58	ACTUACIÓN LEGAL. Inclusión en la Historia Clínica de la existencia e incluso sospecha de una situación de maltrato.	5,00	2,00
P.54	ACTUACIÓN SANITARIA. Implica la valoración de la necesidad de atención psicológica.	4,00	3,00
P.55	ACTUACIÓN SANITARIA. Ofrece ayuda a las pacientes que se hallen en esta situación, independientemente de que la reconozcan, para prevenir la cronificación del problema o la aparición de problemas médicos y secuelas.	4,00	2,00
P.56	ACTUACIÓN SOCIAL. El personal sanitario informa a la mujer sobre los diferentes recursos sociales disponibles.	4,00	2,00
<b>1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).</b>			
P.54	ACTUACIÓN SANITARIA. Implica la valoración de la necesidad de atención psicológica.	7,00	1,00
P.57	ACTUACIÓN SOCIAL. En el caso de voluntad de denuncia se facilita la información sobre los trámites necesarios para interponerla.	7,00	2,00
P.58	ACTUACIÓN LEGAL. Inclusión en la Historia Clínica de la existencia e incluso sospecha de una situación de maltrato.	7,00	2,00
P.55	ACTUACIÓN SANITARIA. Ofrece ayuda a las pacientes que se hallen en esta situación, independientemente de que la reconozcan, para prevenir la cronificación del problema o la aparición de problemas médicos y secuelas.	6,00	2,00
P.56	ACTUACIÓN SOCIAL. El personal sanitario informa a la mujer sobre los diferentes recursos sociales disponibles.	6,00	2,00
<b>1.3.- ESCENARIO DESEABLE (DESEO).</b>			
P.54	ACTUACIÓN SANITARIA. Implica la valoración de la necesidad de atención psicológica.	9,00	1,00
P.57	ACTUACIÓN SOCIAL. En el caso de voluntad de denuncia se facilita la información sobre los trámites necesarios para interponerla.	9,00	1,00
P.58	ACTUACIÓN LEGAL. Inclusión en la Historia Clínica de la existencia e incluso sospecha de una situación de maltrato.	9,00	1,00
P.55	ACTUACIÓN SANITARIA. Ofrece ayuda a las pacientes que se hallen en esta situación, independientemente de que la reconozcan, para prevenir la cronificación del problema o la aparición de problemas médicos y secuelas.	8,50	1,00
P.56	ACTUACIÓN SOCIAL. El personal sanitario informa a la mujer sobre los diferentes recursos sociales disponibles.	8,00	1,00

**RESULTADOS: INTERVENCIÓN.****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.1.- VALORACIÓN DE PERTINENCIA.</b>			
P.59	Motivar a los y las profesionales sanitarios para lograr una mayor implicación en el proceso de atención sanitaria a mujeres víctimas del maltrato.	8,00	2,50
A.I.2	Reforzar los Servicios Sociales propios. Incremento de personal de Trabajo Social.	8,00	2,00
A.I.1	Dotar de un papel relevante a la Salud Mental en el tratamiento de las mujeres víctimas de VCM	7,50	1,00
P.60	Creación de unidades de referencia en los Centros de Salud que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	7,00	<u>3,00</u>
P.62	Creación de unidades de referencia en los Hospitales que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	7,00	2,00
P.63	Creación de unidades de referencia en cada Centro de Salud Mental Extrahospitalaria que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	7,00	1,50
A.I.3	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias a nivel comarcal con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional	7,00	1,00
A.I.7	Creación Unidades de referencia interdisciplinarias a nivel de Salud Mental Extrahospitalaria provincial con las funciones de: orientación, formación, y coordinación intra y extra institucional .	7,00	2,00
A.I.5	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias en los Hospitales con las con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional .	7,00	<u>4,00</u>
A.I.4	Establecer programas de Cribado Universal para la detección de los casos de VCM.	7,00	<u>3,00</u>
P.61	Creación de unidades de referencia en los PAC que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	6,00	2,00
A.I.6	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias en los Hospitales de Salud Mental con las con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional .	6,00	<u>3,00</u>
<b>2.2.- VALORACIÓN DE FACTIBILIDAD.</b>			
P.59	Motivar a los y las profesionales sanitarios para lograr una mayor implicación en el proceso de atención sanitaria a mujeres víctimas del maltrato.	7,00	2,00
P.62	Creación de unidades de referencia en los Hospitales que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	7,00	1,00
A.I.1	Dotar de un papel relevante a la Salud Mental en la tratamiento de las mujeres víctimas de CVM	7,00	2,00
A.I.2	Reforzar los Servicios Sociales propios. Incremento de personal de Trabajo Social.	6,50	2,00
P.60	Creación de unidades de referencia en los Centros de Salud que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	6,00	2,00
P.61	Creación de unidades de referencia en los PAC que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	6,00	2,00

**RESULTADOS: INTERVENCIÓN.****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
P.63	Creación de unidades de referencia en cada Centro de Salud Mental Extrahospitalaria que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	6,00	1,00
A.I.3	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias a nivel comarcal con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional	6,00	2,00
A.I.7	Creación Unidades de referencia interdisciplinarias a nivel de Salud Mental Extrahospitalaria provincial con las funciones de: orientación, formación, y coordinación intra y extra institucional .	6,00	2,00
A.I.5	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias en los Hospitales con las con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional .	6,00	<u>3,00</u>
A.I.6	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias en los Hospitales de Salud Mental con las con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional .	6,00	<u>3,00</u>
A.I.4	Establecer programas de Cribado Universal para la detección de los casos de VCM.	6,00	<u>4,50</u>
<b>2.3.- VALORACIÓN DE CAPACIDAD.</b>			
P.59	Motivar a los y las profesionales sanitarios para lograr una mayor implicación en el proceso de atención sanitaria a mujeres víctimas del maltrato.	8,00	2,00
P.63	Creación de unidades de referencia en cada Centro de Salud Mental Extrahospitalaria que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	8,00	1,50
P.60	Creación de unidades de referencia en los Centros de Salud que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	7,00	2,00
P.61	Creación de unidades de referencia en los PAC que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	7,00	1,00
P.62	Creación de unidades de referencia en los Hospitales que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	7,00	2,00
A.I.1	Dotar de un papel relevante a la Salud Mental en el tratamiento de las mujeres víctimas de CVM	7,00	2,00
A.I.2	Reforzar los Servicios Sociales propios. Incremento de personal de Trabajo Social.	7,00	<u>3,00</u>
A.I.3	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias a nivel comarcal con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional	6,00	2,00
A.I.7	Creación Unidades de referencia interdisciplinarias a nivel de Salud Mental Extrahospitalaria provincial con las funciones de: orientación, formación, y coordinación intra y extra institucional .	6,00	2,00
A.I.5	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias en los Hospitales con las con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional .	6,00	2,00
A.I.6	Creación de Unidades de referencia interdisciplinarias en los Hospitales de Salud Mental con las con las funciones de: orientación, formación y coordinación intra y extra institucional .	6,00	2,00
A.I.4	Establecer programas de Cribado Universal para la detección de los casos de VCM.	6,00	<u>4,00</u>

**RESULTADOS: PROTOCOLO****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.1.- ESCENARIO ACTUAL (ACTUALIDAD).</b>			
P.94	CONOCIDO. Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.91	CONOCIDO. Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	7,00	1,00
P.92	CONOCIDO. Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	7,00	1,50
P.95	CONOCIDO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	7,00	1,00
P.109	APLICADO. Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	7,00	1,00
P.118	APLICADO. Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	7,00	2,00
P.119	APLICADO. Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	7,00	2,50
P.120	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	7,00	2,00
P.121	APLICADO. Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	7,00	2,00
P.122	APLICADO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	7,00	2,00
P.115	APLICADO. Médicos y Médicas Urgencias del Hospital.	6,50	1,50
P.88	CONOCIDO. Médicos y Médicas Urgencias del Hospital.	6,00	2,00
P.93	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	6,00	2,00
P.105	APLICADO. Pediatras del Hospital.	6,00	1,00
P.113	APLICADO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	6,00	2,00
P.116	APLICADO. Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	6,00	2,00
P.117	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Urgencias del Hospital.	6,00	2,00
P.66	El desarrollo del Protocolo de Actuación es una herramienta útil para la mejora de la atención a mujeres víctimas del maltrato.	5,00	2,00
P.74	CONOCIDO. Personal Gestor de Centros de Salud.	5,00	1,50
P.76	CONOCIDO. Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	5,00	1,00
P.78	CONOCIDO. Pediatras del Hospital.	5,00	3,00
P.79	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	5,00	2,00
P.82	CONOCIDO. Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	5,00	2,00
P.83	CONOCIDO. Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	5,00	2,00
P.84	CONOCIDO. Psiquiatras del Hospital.	5,00	2,00
P.86	CONOCIDO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	5,00	2,00
P.89	CONOCIDO. Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	5,00	2,00
P.90	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Urgencias del Hospital .	5,00	3,00
P.96	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	5,00	2,00
P.97	APLICADO. Médicos y médicas de familia de Centros de Salud.	5,00	1,00
P.103	APLICADO. Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	5,00	1,00
P.106	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	5,00	2,50
P.107	APLICADO. Matronas y Matronos del Hospital.	5,00	2,50
P.108	APLICADO. Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	5,00	2,00

**RESULTADOS: PROTOCOLO****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.1.- ESCENARIO ACTUAL (ACTUALIDAD).</b>			
P.110	APLICADO. Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	5,00	1,50
P.111	APLICADO. Psiquiatras del Hospital.	5,00	2,00
P.98	APLICADO. Pediatras del Centro de Salud.	5,00	3,00
P.70	CONOCIDO. Médicos y médicas de familia de Centros de Salud.	4,50	2,00
P.65	El Protocolo de Actuación implica a las especialidades y ámbitos necesarios para abordar con eficacia la problemática del maltrato.	4,00	2,00
P.67	La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la detección de un mayor número de casos de mujeres.	4,00	1,00
P.69	La aplicación del Protocolo Sanitario de atención está suponiendo atender correctamente a las mujeres víctimas de maltrato.	4,00	2,00
P.68	La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la mejora del seguimiento de casos de mujeres víctimas de maltrato.	4,00	2,00
P.71	CONOCIDO. Pediatras de Centros de Salud.	4,00	2,00
P.80	CONOCIDO. Matronas y Matronos del Hospital.	4,00	3,00
P.81	CONOCIDO. Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	4,00	3,00
P.85	CONOCIDO. Personal Gestor del Hospital.	4,00	1,00
P.87	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	4,00	2,00
P.99	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	4,00	2,00
P.101	APLICADO. Personal Gestor de Centros de Salud.	4,00	1,50
P.104	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	4,00	2,00
P.112	APLICADO. Personal Gestor del Hospital.	4,00	2,00
P.114	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	4,00	2,00
P.123	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	4,00	2,00
P.100	APLICADO. Matronas y Matronos de Centros de Salud.	3,50	1,00
P.64	El Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico contra las mujeres está suficientemente difundido.	3,00	1,00
P.72	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	3,00	2,50
P.73	CONOCIDO. Matronas y Matronos de Centros de Salud.	3,00	1,00
P.75	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	3,00	1,00
P.77	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	3,00	2,00
P.102	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	2,00	1,00

**RESULTADOS: PROTOCOLO****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).</b>			
P.91	CONOCIDO. Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.94	CONOCIDO. Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	9,00	0,50
P.95	CONOCIDO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.119	APLICADO. Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	9,00	1,00
P.122	APLICADO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	9,00	0,50
P.88	CONOCIDO. Médicos y Médicas Urgencias del Hospital.	8,00	1,00
P.90	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Urgencias del Hospital .	8,00	1,00
P.92	CONOCIDO. Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	8,00	1,00
P.93	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	8,00	2,00
P.109	APLICADO. Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	8,00	2,00
P.113	APLICADO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	8,00	1,00
P.115	APLICADO. Médicos y Médicas Urgencias del Hospital.	8,00	1,00
P.117	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Urgencias del Hospital.	8,00	1,00
P.118	APLICADO. Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	8,00	1,00
P.120	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	8,00	1,00
P.121	APLICADO. Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	8,00	0,50
P.86	CONOCIDO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	7,50	2,00
P.66	El desarrollo del Protocolo de Actuación es una herramienta útil para la mejora de la atención a mujeres víctimas del maltrato.	7,00	2,00
P.69	La aplicación del Protocolo Sanitario de atención está suponiendo atender correctamente a las mujeres víctimas de maltrato.	7,00	1,00
P.70	CONOCIDO. Médicos y médicas de familia de Centros de Salud.	7,00	1,00
P.71	CONOCIDO. Pediatras de Centros de Salud.	7,00	1,50
P.74	CONOCIDO. Personal Gestor de Centros de Salud.	7,00	2,00
P.76	CONOCIDO. Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	7,00	2,00
P.77	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	7,00	2,00
P.78	CONOCIDO. Pediatras del Hospital.	7,00	2,00
P.82	CONOCIDO. Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	7,00	2,00
P.83	CONOCIDO. Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	7,00	1,50
P.84	CONOCIDO. Psiquiatras del Hospital.	7,00	2,00
P.89	CONOCIDO. Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	7,00	1,00
P.96	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	7,00	0,00
P.97	APLICADO. Médicos y médicas de familia de Centros de Salud.	7,00	3,00
P.103	APLICADO. Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	7,00	2,00

**RESULTADOS: PROTOCOLO****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).</b>			
P.104	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	7,00	1,00
P.105	APLICADO. Pediatras del Hospital.	7,00	1,00
P.108	APLICADO. Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	7,00	3,00
P.110	APLICADO. Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	7,00	1,50
P.111	APLICADO. Psiquiatras del Hospital.	7,00	2,00
P.116	APLICADO. Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	7,00	2,00
P.123	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	7,00	1,50
P.80	CONOCIDO. Matronas y Matronas del Hospital.	6,50	2,00
P.99	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	6,50	3,00
P.65	El Protocolo de Actuación implica a las especialidades y ámbitos necesarios para abordar con eficacia la problemática del maltrato.	6,00	2,00
P.67	La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la detección de un mayor número de casos de mujeres.	6,00	2,00
P.68	La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la mejora del seguimiento de casos de mujeres víctimas de maltrato.	6,00	2,00
P.72	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	6,00	2,00
P.73	CONOCIDO. Matronas y Matronas de Centros de Salud.	6,00	2,00
P.79	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	6,00	2,00
P.85	CONOCIDO. Personal Gestor del Hospital.	6,00	2,00
P.87	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	6,00	2,00
P.98	APLICADO. Pediatras del Centro de Salud.	6,00	1,00
P.100	APLICADO. Matronas y Matronas de Centros de Salud.	6,00	2,50
P.101	APLICADO. Personal Gestor de Centros de Salud.	6,00	2,00
P.106	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	6,00	1,50
P.107	APLICADO. Matronas y Matronas del Hospital.	6,00	2,00
P.114	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	6,00	2,00
P.112	APLICADO. Personal Gestor del Hospital.	5,50	2,00
P.75	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	5,00	3,00
P.81	CONOCIDO. Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	5,00	2,00
P.102	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	4,00	2,00
P.64	El Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico contra las mujeres está suficientemente difundido.	3,00	1,00

**RESULTADOS: PROTOCOLO****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.3.- ESCENARIO DESEABLE (DESEO).</b>			
P.64	El Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico contra las mujeres está suficientemente difundido.	9,00	1,00
P.76	CONOCIDO. Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	9,00	1,00
P.77	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	9,00	1,00
P.78	CONOCIDO. Pediatras del Hospital.	9,00	1,00
P.79	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	9,00	1,00
P.80	CONOCIDO. Matronas y Matronas del Hospital.	9,00	1,00
P.81	CONOCIDO. Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	9,00	1,00
P.82	CONOCIDO. Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	9,00	1,00
P.83	CONOCIDO. Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	9,00	1,00
P.84	CONOCIDO. Psiquiatras del Hospital.	9,00	1,00
P.86	CONOCIDO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	9,00	0,50
P.88	CONOCIDO. Médicos y Médicas Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.89	CONOCIDO. Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.90	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Urgencias del Hospital .	9,00	1,00
P.91	CONOCIDO. Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.92	CONOCIDO. Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.93	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.94	CONOCIDO. Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.95	CONOCIDO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.96	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.103	APLICADO. Médicos y Médicas del Punto de Atención Continuada.	9,00	1,00
P.104	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras del Punto de Atención Continuada.	9,00	1,00
P.105	APLICADO. Pediatras del Hospital.	9,00	1,00
P.108	APLICADO. Traumatólogos y Traumatólogas del Hospital.	9,00	1,00
P.109	APLICADO. Ginecólogos y Ginecólogas del Hospital.	9,00	0,00
P.110	APLICADO. Psicólogos y Psicólogas del Hospital.	9,00	1,00
P.111	APLICADO. Psiquiatras del Hospital.	9,00	1,00
P.113	APLICADO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales del Hospital.	9,00	1,00
P.115	APLICADO. Médicos y Médicas Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.116	APLICADO. Traumatólogos y Traumatólogas de Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.117	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Urgencias del Hospital.	9,00	1,00
P.118	APLICADO. Psicólogos y Psicólogas de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00

**RESULTADOS: PROTOCOLO****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.3.- ESCENARIO DESEABLE (DESEO).</b>			
P.119	APLICADO. Psiquiatras de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.120	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.121	APLICADO. Personal Gestor de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.122	APLICADO. Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud Mental.	9,00	0,00
P.123	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud Mental.	9,00	0,50
P.65	El Protocolo de Actuación implica a las especialidades y ámbitos necesarios para abordar con eficacia la problemática del maltrato.	8,50	1,00
P.85	CONOCIDO. Personal Gestor del Hospital.	8,50	2,00
P.107	APLICADO. Matronas y Matronas del Hospital.	8,50	1,00
P.66	El desarrollo del Protocolo de Actuación es una herramienta útil para la mejora de la atención a mujeres víctimas del maltrato.	8,00	1,00
P.67	La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la detección de un mayor número de casos de mujeres.	8,00	1,00
P.69	La aplicación del Protocolo Sanitario de atención está suponiendo atender correctamente a las mujeres víctimas de maltrato.	8,00	1,00
P.68	La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la mejora del seguimiento de casos de mujeres víctimas de maltrato.	8,00	1,00
P.70	CONOCIDO. Médicos y médicas de familia de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.71	CONOCIDO. Pediatras de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.72	CONOCIDO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.73	CONOCIDO. Matronas y Matronas de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.74	CONOCIDO. Personal Gestor de Centros de Salud.	8,00	1,50
P.75	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	8,00	3,00
P.87	CONOCIDO. Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	8,00	2,00
P.97	APLICADO. Médicos y médicas de familia de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.98	APLICADO. Pediatras del Centro de Salud.	8,00	1,00
P.99	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.100	APLICADO. Matronas y Matronas de Centros de Salud.	8,00	1,00
P.101	APLICADO. Personal Gestor de Centros de Salud.	8,00	2,50
P.102	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente de Centros de Salud.	8,00	3,00
P.106	APLICADO. Enfermeros y Enfermeras del Hospital.	8,00	1,00
P.112	APLICADO. Personal Gestor del Hospital.	8,00	3,00
P.114	APLICADO. Personal del Área de Atención al Cliente del Hospital.	8,00	2,00

**RESULTADOS: PROTOCOLO****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.1.- VALORACIÓN DE PERTINENCIA.</b>			
P.124	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención primaria para abordar la VCM.	8,00	2,00
P.125	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en el servicio de urgencias para abordar la VCM.	8,00	2,00
P.126	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en salud mental para abordar la VCM.	8,00	2,00
P.127	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención especializada para abordar la VCM.	8,00	2,00
A.PR. 1	Elaboración de guías de actuación según las diferentes fases del ciclo de la violencia en la que se pueden encontrar las mujeres víctimas de VCM.	8,00	1,50
A.PR. 2	Mejora del Protocolo de actuación definiendo las responsabilidades de los diferentes colectivos sanitarios.	8,00	2,00
<b>2.2.- VALORACIÓN DE FACTIBILIDAD.</b>			
P.124	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención primaria para abordar la VCM.	8,00	2,00
P.125	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en el servicio de urgencias para abordar la VCM.	8,00	2,00
P.126	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en salud mental para abordar la VCM.	8,00	2,00
P.127	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención especializada para abordar la VCM.	8,00	2,00
A.PR. 1	Elaboración de guías de actuación según las diferentes fases del ciclo de la violencia en la que se pueden encontrar las mujeres víctimas de VCM.	7,00	1,00
A.PR. 2	Mejora del Protocolo de actuación definiendo las responsabilidades de los diferentes colectivos sanitarios.	7,00	1,00
<b>2.3.- VALORACIÓN DE CAPACIDAD.</b>			
P.124	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención primaria para abordar la VCM.	8,00	1,00
P.125	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en el servicio de urgencias para abordar la VCM.	8,00	1,00
P.126	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en salud mental para abordar la VCM.	8,00	1,00
P.127	Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención especializada para abordar la VCM.	8,00	1,00
A.PR. 1	Elaboración de guías de actuación según las diferentes fases del ciclo de la violencia en la que se pueden encontrar las mujeres víctimas de VCM.	7,00	1,00
A.PR. 2	Mejora del Protocolo de actuación definiendo las responsabilidades de los diferentes colectivos sanitarios.	7,00	1,00

**RESULTADOS: RECURSOS****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.1.- ESCENARIO ACTUAL (ACTUALIDAD).</b>			
P.128	Los dispositivos para garantizar la seguridad de la víctima y del equipo profesional son adecuados en su centro de trabajo.	4,00	2,00
P.129	Acceso a recursos de traducción para atender a la población inmigrante.	3,00	3,00
P.130	Acceso a recursos de mediación intercultural para atender a la población inmigrante.	2,00	2,00
P.131	Acceso a recursos de interpretación de lengua de signos.	1,00	1,00
<b>1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).</b>			
P.129	Acceso a recursos de traducción para atender a la población inmigrante.	6,00	3,00
P.128	Los dispositivos para garantizar la seguridad de la víctima y del equipo profesional son adecuados en su centro de trabajo.	5,00	2,00
P.130	Acceso a recursos de mediación intercultural para atender a la población inmigrante.	5,00	3,00
P.131	Acceso a recursos de interpretación de lengua de signos.	4,00	3,00
<b>1.3.- ESCENARIO DESEABLE (DESEO).</b>			
P.129	Acceso a recursos de traducción para atender a la población inmigrante.	9,00	1,00
P.128	Los dispositivos para garantizar la seguridad de la víctima y del equipo profesional son adecuados en su centro de trabajo.	8,00	1,00
P.130	Acceso a recursos de mediación intercultural para atender a la población inmigrante.	8,00	2,00
P.131	Acceso a recursos de interpretación de lengua de signos.	8,00	2,00

**RESULTADOS: RECURSOS****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.1.- VALORACIÓN DE PERTINENCIA.</b>			
A.R. 1	Crear un apartado en la página Web de Osakidetza con información actualizada sobre herramientas de actuación en casos de VCM.	8,00	2,00
A.R. 3	Introducción en OSABIDE la posibilidad de incluir la sospecha de una situación de VCM y sus pautas de actuación.	8,00	2,00
P.132	Disponibilidad de un recurso propio de traducción telemática.	7,50	3,00
P.134	Disponibilidad de una sala de espera que garantice la intimidad de las pacientes víctimas de VCM.	7,00	2,00
A.R. 2	Introducción en OSABIDE ítems referidos a la VCM ante cuadros que pueden estar relacionados con la VCM, como la ansiedad o la depresión.	7,00	2,00
P.133	Disponibilidad de recurso propio de mediación intercultural.	6,00	3,00
<b>2.2.- VALORACIÓN DE FACTIBILIDAD.</b>			
A.R. 1	Crear un apartado en la página Web de Osakidetza con información actualizada sobre herramientas de actuación en casos de VCM.	8,00	2,00
P.132	Disponibilidad de un recurso propio de traducción telemática.	7,00	2,50
A.R. 2	Introducción en OSABIDE ítems referidos a la VCM ante cuadros que pueden estar relacionados con la VCM, como la ansiedad o la depresión.	7,00	3,00
A.R. 3	Introducción en OSABIDE la posibilidad de incluir la sospecha de una situación de VCM y sus pautas de actuación.	7,00	2,00
P.133	Disponibilidad de recurso propio de mediación intercultural.	5,00	2,50
P.134	Disponibilidad de una sala de espera que garantice la intimidad de las pacientes víctimas de VCM.	5,00	3,50
<b>2.3.- VALORACIÓN DE CAPACIDAD.</b>			
P.132	Disponibilidad de un recurso propio de traducción telemática.	8,00	2,00
A.R. 1	Crear un apartado en la página Web de Osakidetza con información actualizada sobre herramientas de actuación en casos de VCM.	8,00	2,00
P.134	Disponibilidad de una sala de espera que garantice la intimidad de las pacientes víctimas de VCM.	7,00	2,00
A.R. 2	Introducción en OSABIDE ítems referidos a la VCM ante cuadros que pueden estar relacionados con la VCM, como la ansiedad o la depresión.	7,00	3,00
A.R. 3	Introducción en OSABIDE la posibilidad de incluir la sospecha de una situación de VCM y sus pautas de actuación.	7,00	2,00
P.133	Disponibilidad de recurso propio de mediación intercultural.	6,00	2,00

**RESULTADOS: COORDINACIÓN****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.1.- ESCENARIO ACTUAL (ACTUALIDAD).</b>			
P.137	La coordinación con los Servicios Sociales de referencia se realiza de manera adecuada.	5,00	3,00
P.138	La coordinación con la Ertzaintza se realiza de manera adecuada.	5,00	2,00
P.139	La coordinación con la Policía Local se realiza de manera adecuada.	5,00	2,50
P.140	La coordinación con el Juzgado de referencia se realiza de manera adecuada.	4,00	2,00
P.141	La coordinación con el Instituto Vasco de Medicina Legal se realiza de manera adecuada.	4,00	2,50
P.135	El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los recursos disponibles en otros ámbitos de atención.	3,00	1,00
P.136	El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los cauces de respuesta pública en esta materia.	3,00	1,00
P.142	Comunicación de la sospecha de maltrato entre la medicina especializada y la atención primaria.	3,00	2,00
P.143	Comunicación de la confirmación de maltrato entre la medicina especializada y la atención primaria.	3,00	2,00
P.144	Comunicación de la sospecha de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.	3,00	2,00
P.145	Comunicación de la confirmación de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.	3,00	1,00
<b>1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).</b>			
P.138	La coordinación con la Ertzaintza se realiza de manera adecuada.	7,00	2,00
P.139	La coordinación con la Policía Local se realiza de manera adecuada.	7,00	2,50
P.140	La coordinación con el Juzgado de referencia se realiza de manera adecuada.	7,00	2,00
P.135	El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los recursos disponibles en otros ámbitos de atención.	6,00	2,00
P.136	El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los cauces de respuesta pública en esta materia.	6,00	1,00
P.137	La coordinación con los Servicios Sociales de referencia se realiza de manera adecuada.	6,00	2,00

**RESULTADOS: COORDINACIÓN****1.- CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>1.2.- ESCENARIO FUTURO (PRONÓSTICO).</b>			
P.141	La coordinación con el Instituto Vasco de Medicina Legal se realiza de manera adecuada.	6,00	2,00
P.145	Comunicación de la confirmación de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.	6,00	2,00
P.142	Comunicación de la sospecha de maltrato entre la medicina especializada y la atención primaria.	5,00	2,00
P.143	Comunicación de la confirmación de maltrato entre la medicina especializada y la atención primaria.	5,00	2,00
P.144	Comunicación de la sospecha de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.	5,00	1,50
<b>1.3.- ESCENARIO DESEABLE (DESEO).</b>			
P.137	La coordinación con los Servicios Sociales de referencia se realiza de manera adecuada.	9,00	1,00
P.138	La coordinación con la Ertzaintza se realiza de manera adecuada.	9,00	1,00
P.140	La coordinación con el Juzgado de referencia se realiza de manera adecuada.	9,00	1,00
P.135	El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los recursos disponibles en otros ámbitos de atención.	8,50	1,00
P.139	La coordinación con la Policía Local se realiza de manera adecuada.	8,50	1,00
P.141	La coordinación con el Instituto Vasco de Medicina Legal se realiza de manera adecuada.	8,50	1,00
P.136	El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de VCM cuentan con el conocimiento suficiente de los cauces de respuesta pública en esta materia.	8,00	1,00
P.142	Comunicación de la sospecha de maltrato entre la medicina especializada y la atención primaria.	8,00	2,00
P.143	Comunicación de la confirmación de maltrato entre la medicina especializada y la atención primaria.	8,00	1,00
P.144	Comunicación de la sospecha de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.	8,00	2,00
P.145	Comunicación de la confirmación de maltrato entre la atención de urgencias y la atención primaria.	8,00	1,00

**RESULTADOS: COORDINACIÓN****2- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y MEJORA.**

Nº Item	Cuestión	Mediana	P.75- P.25
<b>2.1.- VALORACIÓN DE PERTINENCIA.</b>			
P.146	Disponibilidad de la Historia Clínica unificada por parte de los diferentes ámbitos de atención dentro del sistema sanitario.	8,00	2,00
A.C. 1	Dotar a profesionales sanitarios de soportes informativos referidos a información sobre otros recursos de atención. (Direcciones, teléfono, personas de contacto, etc.)	8,00	2,00
P.148	Participación en la elaboración e impulso de protocolos locales de atención a mujeres víctimas de violencia en el ámbito doméstico.	7,00	1,50
P.147	Acceso a la Historia Clínica por parte del Instituto Vasco de Medicina Legal.	6,00	2,00
<b>2.2.- VALORACIÓN DE FACTIBILIDAD.</b>			
A.C. 1	Dotar a profesionales sanitarios de soportes informativos referidos a información sobre otros recursos de atención. (Direcciones, teléfono, personas de contacto, etc.)	8,00	2,00
P.146	Disponibilidad de la Historia Clínica unificada por parte de los diferentes ámbitos de atención dentro del sistema sanitario.	7,00	2,00
P.147	Acceso a la Historia Clínica por parte del Instituto Vasco de Medicina Legal.	6,00	2,00
P.148	Participación en la elaboración e impulso de protocolos locales de atención a mujeres víctimas de violencia en el ámbito doméstico.	6,00	1,00
<b>2.3.- VALORACIÓN DE CAPACIDAD.</b>			
P.146	Disponibilidad de la Historia Clínica unificada por parte de los diferentes ámbitos de atención dentro del sistema sanitario.	8,00	2,00
P.148	Participación en la elaboración e impulso de protocolos locales de atención a mujeres víctimas de violencia en el ámbito doméstico.	8,00	1,00
A.C. 1	Dotar a profesionales sanitarios de soportes informativos referidos a información sobre otros recursos de atención. (Direcciones, teléfono, personas de contacto, etc.)	8,00	2,00
P.147	Acceso a la Historia Clínica por parte del Instituto Vasco de Medicina Legal.	7,00	1,00

**Anexo II- CUESTIONARIO RECOGIDA DE INFORMACIÓN. FASE I DELPHI**



## Evaluación del alcance y la eficacia de los recursos sanitarios en materia de maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico

### PRIMERA RONDA DE CONSULTA



## IMPLEMENTACIÓN DEL DELPHI

---

Antes de comenzar el proceso de recogida de información es oportuno realizar una pequeña aproximación a la técnica de recogida de datos que se va a emplear por si no está familiarizado o familiarizada con la misma.

El método Delphi es especialmente útil cuando se cuenta con un conjunto de personas expertas que pueden ofrecer visiones prospectivas a través del consenso y es una herramienta adaptada al hecho de la separación física de las personas participantes.

El proceso se desarrolla a través de la cumplimentación de tres cuestionarios en diferentes tiempos para recoger sus opiniones y visiones sobre el abordaje de la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico tanto en la actualidad como en los próximos 4 años. Uno de los objetivos básicos de un Delphi es el logro de pronósticos que sean producto de consensos lo más sólidos posibles.

Por tanto, el resultado final del Delphi es un conjunto de pronósticos consensuados en mayor o menor medida sobre los diferentes temas y aspectos contenidos en el cuestionario, a lo que se añaden las aportaciones de las respuestas a las preguntas abiertas. Dicha información, materializada en una base de datos susceptible de diversos tratamientos estadísticos, permite la construcción de escenarios probables de concretarse en el horizonte futuro y admite interpretaciones que trascienden la información puramente estadística producida a partir del Delphi.

Este Delphi se estructurará en torno a tres rondas: es decir, habrá tres instancias de circulación y de respuesta de los formularios. A continuación se presentan los detalles de la implementación:

### 1ª PRIMERA RONDA

El formulario correspondiente a la primera ronda es el más extenso y proveerá la mayor parte de la información sobre la que posteriormente se construirán los escenarios. Se articula en torno a seis capítulos temáticos, que conjuntamente intentan provocar la reflexión del panel de expertos y expertas, del que usted forma parte, respecto a las tendencias más relevantes de la atención sanitaria a las pacientes víctimas de maltrato en el ámbito familiar en los próximos 4 años que se corresponden con el periodo de vigencia del Programa Salud y Mujeres del Departamento de Sanidad (2009-2012) y del Plan Estratégico de Osakidetza (2008-2012).

Los capítulos abordan las siguientes temáticas:

1. El papel del Sistema Sanitario ante el maltrato doméstico contra las mujeres
2. Formación
3. Modelo de intervención y potencial mejora
4. Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres
5. Recursos
6. Coordinación

El tiempo estimado para contestar este cuestionario es de aproximadamente una hora y media. El cuestionario, al estar dividido en diferentes bloques temáticos permite que según sea su disponibilidad de tiempo vaya completándolo por unidades.



## 2ª RONDA

Una vez hayamos analizado las respuestas del conjunto de panelistas a este cuestionario, le volveremos a enviar un segundo cuestionario más breve a cumplimentar con un doble objetivo:

- Consensuar el posicionamiento de las personas expertas que componen el panel respecto a las preguntas incluidas en la primera ronda. Para ello se le remitirá un cuestionario personalizado que contendrá únicamente aquellos ítems en los que manifieste una posición diferenciada con la posición media del conjunto del panel, con el objetivo de que, teniendo en cuenta esta información sobre el posicionamiento del resto del grupo, pueda modular el suyo en el caso de que lo estime oportuno.
- La identificación de aspectos de mejora respecto a la atención prestada desde el ámbito sanitario a las mujeres víctimas de maltrato. En este cuestionario tendrá espacio para que, a partir del análisis de la primera ronda de respuestas y de su experiencia, pueda posicionarse respecto a aquellas acciones de mejora que se sugieran, además de realizar otras que Ud. considere oportunas, realizando una valoración sobre su importancia, impacto y viabilidad.

## 3ª RONDA

En esta fase final del Delphi, se le remitirá un cuestionario que únicamente contendrá las acciones de mejora propuestas con el fin de que realice una valoración final.

## CÓMO RELLENAR EL CUESTIONARIO

---

En el presente cuestionario encontrará dos tipos básicos de preguntas:

- Las preguntas abiertas, que habilitan un espacio para rellenar con aquellas consideraciones que considere oportunas. Si opta por contestar al cuestionario en papel, le rogamos que escriba con letra lo más clara posible.
- Preguntas cerradas en las que se le solicita que marque en la casilla un número dentro de un rango establecido (1 a 9).

Como ya se ha señalado el cuestionario se divide en seis apartados cada uno de ellos, a su vez, se divide en tres:

### 1. Construcción de escenarios

- El objetivo es que nos ayude a describir el **escenario de trabajo actual** de la atención sanitaria a mujeres víctimas de maltrato doméstico y el **escenario futuro** de esta atención. Respecto al escenario futuro, a cuatro años vista, nos interesa recoger tanto sus **deseos**- lo que a Ud. le gustaría que ocurriese- como sus **pronósticos**- lo que Ud. realmente piensa que ocurrirá.

Para ello le solicitamos que realice una valoración de los diferentes escenarios propuestos desde tres puntos de vista:

- **ACTUALIDAD:** se refiere a lo que en la actualidad está teniendo lugar en la Sanidad pública vasca.
  - La puntuación abarca desde 1 (no sucede en absoluto) a 9 (sucede con toda seguridad).
- **PRONÓSTICO** de que dicha afirmación ocurra, si cree que va a ocurrir o no el escenario propuesto. Cuando se trata de pronosticar un acontecimiento nadie sabe lo que ocurrirá a ciencia cierta; pero sí puede tener presunciones más o menos sólidas basadas en argumentos o razones. Se ruega utilizar dichos argumentos o razones como base para efectuar los pronósticos.
  - La puntuación abarca desde 1 (no sucederá en absoluto) a 9 (sucederá con toda probabilidad).
- **DESEO** de que dicha afirmación ocurra, si le gustaría o no que se diese el escenario propuesto en el futuro.
  - Puntuando de 1 (rechazo total a que suceda) a 9 (fuerte deseo de que suceda).



## 2. Áreas de mejora.

- El planteamiento de las preguntas es abierto con el fin de que pueda aportar toda aquella información sobre las áreas de mejora que desde su experiencia o conocimiento detecte.

## 3. Acciones de mejora.

Este apartado combina preguntas cerradas con abiertas.

- Por un lado, le pedimos que valore el grado de pertinencia, factibilidad y capacidad de una serie de recomendaciones específicas que le proponemos para mejorar la atención de la problemática desde el sistema sanitario, entendiendo por pertinencia, factibilidad y competencia:
  - **PERTINENCIA:** La medida en que considere que la propuesta debe de ser relevante dentro de la agenda sanitaria para la mejora de la atención a la problemática que nos ocupa.
    - Escala de valoración del 1 al 9: el valor 1 significa que esta medida no contribuirá en absoluto en la mejora del abordaje de los casos de VCM y 9- la medida garantizaría la mejora del abordaje de los casos de VCM
      - Respondería a la pregunta:
        - ¿Cree usted que esta política o estrategia puede contribuir efectivamente a mejorar el abordaje de los casos de VCM?
  - **FACTIBILIDAD:** Oportunidad de que esta medida se materialice y se desarrolle en el ámbito sanitario, teniendo en cuenta los posibles tipos de factores inhibidores y facilitadores para la aplicación de esta medida.
    - 1- la medida no es en absoluto factible o realizable- y 9- esta medida es completamente factible y realizable.
      - Respondería a la pregunta:
        - ¿Cree usted que esta política o estrategia es factible o realizable?
  - **CAPACIDAD:** Responsabilidad y autonomía del Departamento de Sanidad para la puesta en marcha de las iniciativas.
    - 1- la medida no es en absoluto función del Departamento de Sanidad- y 9- esta medida es completamente función del Departamento de Sanidad.
      - Respondería a la pregunta:
        - ¿Cree usted que esta política o estrategia entra dentro de las funciones del Departamento de Salud?
- Por otro, se formula una pregunta abierta con el fin de que describa aquellas propuestas de mejora relacionadas que estime oportunas.

## **OTRAS CUESTIONES RELEVANTES**

---

Conviene aclarar otras cuestiones relevantes:

- Antes de completar las preguntas correspondientes a los capítulos, cada experto o experta encontrará algunas preguntas referidas a sus datos de contacto, con el único objetivo de servir de contacto. La información es absolutamente confidencial, no se difundirá en ámbitos públicos o privados las respuestas individualizadas de



las personas expertas. Los resultados se trabajan a nivel agregado, y en el posterior procesamiento de la base de datos se tendrá en cuenta que las salidas de información, además de criterios técnicos, tengan como límite criterios de confidencialidad.

- El horizonte temporal del estudio es el año 2012. Por tanto, las tendencias pronosticadas se encontrarán dentro del periodo que abarca el presente hasta dicho año.
- El marco espacial de la Evaluación se circunscribe a la Comunidad Autónoma Vasca. Ello no obsta que se puedan hacerse preguntas referidas únicamente a su centro de trabajo de referencia.
- Finalmente conviene realizar respecto al objeto de estudio una aclaración terminológica:

A lo largo de la evaluación, y de acuerdo con la terminología propuesta por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional<sup>1</sup>, se usa el término **maltrato doméstico sobre las mujeres o violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico** para referirse a la violencia física, psíquica, sexual o de otra índole que se ejerce de forma continuada contra la mujer en el marco de una relación familiar y/o afectiva actual o previa, con el fin de someterla, dominarla y mantener una posición de autoridad y poder en la relación, y que tenga o pueda tener como resultado sufrimiento o daño en su salud física o psíquica. Y es este tipo de violencia ejercida contra las mujeres el objeto de estudio de la presente evaluación.

La abreviatura empleada durante el cuestionario para referirse a esta problemática será **VCM**

Por otro lado, por ser el término empleado habitualmente en diferentes ámbitos desde la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, cuando se emplee el término **violencia de género (VG)** se hará haciendo referencia únicamente a la violencia que el hombre ejerce contra la mujer en el ámbito de una relación de pareja o expareja.

Para realizar cualquier consulta o resolver las dudas que puedan tener durante la realización del cuestionario, pueden contactar con la persona abajo indicada.

Los datos que se recojan en el presente cuestionario sólo se utilizarán a nivel agregado y dentro del ámbito de la presente iniciativa. Serán tratados con la más estricta confidencialidad.

**Infopolis 2000 SL**  
Personas de contacto: Silvia Pineda  
Susana Álvarez  
Teléfono: 94 415 09 76  
Fax: 94 416 80 81  
C/Torre 6, 2º CP 48005 Bilbao  
e-mail: silvia@infopolis.es

<sup>1</sup> “La violencia contra las mujeres. Propuestas terminológicas” Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional para la mejora de la atención a las víctimas de violencia doméstica y maltrato sexual.



## DATOS GENERALES DE LA PERSONA DE CONTACTO

### 1.1. Persona de contacto para este cuestionario

Nombre		Teléfono	
¿Trabaja en la sanidad privada?		Tiempo trabajando en la sanidad pública	

## 1. PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO ante el MALTRATO DOMÉSTICO contra las MUJERES

El primer capítulo hace referencia a aspectos relacionados con el compromiso de la institución, el rol del personal sanitario, grado de prioridad de la problemática en el sistema sanitario vasco entre otros aspectos.

### 1.1. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

A continuación se formulan una serie de afirmaciones relacionadas con los mismos. El objetivo es que nos ayude a describir el **escenario actual** de la atención sanitaria a mujeres víctimas de maltrato doméstico y el **escenario futuro** de esta atención. Respecto al escenario futuro, cuatro años vista, nos interesa recoger tanto sus deseos- lo que a Ud. le gustaría que ocurriese- como sus pronósticos- lo que Ud. realmente piensa que ocurrirá.

PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO		GRADO DE ACUERDO								
		1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo								
1. El <u>compromiso</u> del Sistema Sanitario Vasco en materia de maltrato contra la mujer se adecúa a las necesidades de atención sanitaria de la problemática	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Las <u>iniciativas</u> puestas en marcha por el Departamento de Sanidad en esta materia se adecuan a las necesidades de atención sanitaria de la problemática.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



3. La actuación de los servicios de salud es <u>reactiva</u> y orientada únicamente a la atención tras la detección de la situación de violencia	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. La actuación de los servicios de salud es <u>proactiva</u> y <u>reactiva</u> , orientada tanto a la detección de una situación de VCM como a la atención de los síntomas tanto físicos como psicológicos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Se aplica un <u>modelo de atención sanitaria integral</u> en los casos de VCM que implica la suma de todos los factores que están interfiriendo en su salud.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Los y las profesionales de la Salud son <u>conscientes del papel fundamental</u> que juega la sanidad si se tiene en cuenta que las mujeres víctimas de violencia en el ámbito doméstico acuden al sistema sanitario con más frecuencia que a otros recursos públicos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. El maltrato ejercido contra las mujeres es considerado por la generalidad de profesionales de la salud como un problema de <u>salud pública</u> .	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. La atención a la problemática se realiza de manera <u>homogénea</u> independientemente de la Comarca Sanitaria en la que se encuentre el Centro de Salud, PAC o Centro de Salud Mental extrahospitalaria.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. La atención a la problemática se realiza de manera <u>homogénea</u> independientemente del Hospital que atienda a este tipo de pacientes.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



10. Se realiza un <u>abordaje integrado</u> , es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

11. Los servicios de la salud se encuentran entre los lugares más <u>idóneos</u> para la <u>detección</u> de casos de VCM.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

12. Las y los sanitarios se acercan a la violencia influenciados por un enfoque <u>biologicista</u> y el problema del maltrato se acerca más a la <u>problemática psicosocial</u>	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

13. El sistema sanitario está preparado para dar <u>respuesta a las necesidades</u> que previsiblemente surgirán cuando se avance en la detección de las situaciones de violencia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

14. Se impulsan <u>políticas de formación continuada</u> que permiten mejorar los procesos dando una mayor <u>calidad de atención</u> a las pacientes víctimas de maltrato en el ámbito doméstico.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**1.2. ÁREAS DE MEJORA**

Por favor señale aquellas áreas de mejora que detecte para mejorar el Papel del Sistema Sanitario en el abordaje de la problemática.

1.
2.
3.
4.



### 1.3. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN DESDE EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Valore, por favor, el grado de pertinencia, factibilidad y competencia de una serie de recomendaciones específicas que le proponemos para mejorar la atención de la problemática desde el sistema sanitario:

PROPUESTAS	GRADO DE ACUERDO									
	1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo									
15. Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la <u>cartera de servicios de atención primaria</u> .	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la <u>cartera de servicios hospitalaria</u> .	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Se considera necesaria la inclusión de la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género en la <u>cartera de servicios de salud mental</u> .	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Se considera necesaria la existencia de una <u>figura o equipo</u> que <u>supervise</u> y oriente a los y las profesionales para la atención de los casos de VCM.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

¿Qué otras recomendaciones específicas considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar la atención de la problemática desde el sistema sanitario? Describa tantas como considere oportunas.

1.	
2.	
3.	
4.	



## 2. FORMACIÓN

### 2.1. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

A continuación se presentan diferentes colectivos profesionales del Sistema sanitario desagregados por el tipo de centro (Centros de Salud, Puntos de Atención Continuada, Hospitales y Centros de Salud Mental). Por favor, señale para qué colectivos es y/o será importante y desea que sea elemental formarse en materia de maltrato doméstico sobre la mujer:

A- CENTROS DE SALUD	GRADO DE IMPORTANCIA									
	1 Grado mínimo de importancia y 9 el de máximo de importancia									
19. Médicos y médicas de familia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Pediatras.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Matronas y matronos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Gestores y gestoras del Centro de Salud	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



Si considera que la formación debería estar enfocada a otros colectivos que desarrollan su actividad en los Centros de Salud, por favor, señale cuáles identifica

1.	
2.	
3.	
4.	

<b>B- PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA</b>	<b>GRADO DE IMPORTANCIA</b>									
	<b>1 Grado mínimo de importancia y 9 el de máximo de importancia</b>									
25. Médicos y médicas de familia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Si considera que la formación debería estar enfocada a otros colectivos que desarrollan su actividad en los PAC, por favor, señale cuáles identifica

1.	
2.	
3.	
4.	



A continuación se nombran diferentes profesiones sanitarias que desempeñan su labor en hospitales. En este apartado se ha diferenciado el personal adscrito al servicio de urgencias.

C1- CENTROS HOSPITALARIOS	GRADO DE IMPORTANCIA									
	1 Grado mínimo de importancia y 9 el de máximo de importancia									
27. Peditras.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Matronas y matronos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Especialistas en traumatología	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Especialistas en ginecología y obstetricia	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Especialistas en psicología	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Especialistas en psiquiatría	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



34. Personal gestor del Hospital	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Profesionales del Trabajo Social	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

C2- URGENCIAS HOSPITALARIAS	GRADO DE IMPORTANCIA									
	1 Grado mínimo de importancia y 9 el de máximo de importancia									
37. Médicos y médicas de Urgencias Médicas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Médicos y médicas Urgencias Traumatológicas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Si considera que la formación debería estar enfocada a otros colectivos de atención Hospitalaria, por favor, señale cuáles identifica

1.	
2.	
3.	



D- CENTROS DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA	GRADO DE IMPORTANCIA									
	1 Grado mínimo de importancia y 9 el de máximo de importancia									
40. Psicólogos y psicólogas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Psiquiatras	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Enfermeras y enfermeros	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Personal gestor del Centro de Salud	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Profesionales del Trabajo Social	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



Si considera que la formación debería estar enfocada a otros colectivos de los Centros de Salud Mental por favor, señale cuáles identifica

--

## 2.2. ÁREAS DE MEJORA DE LA FORMACIÓN

¿Qué áreas de mejora relacionadas con la formación considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar la atención de la problemática desde el sistema sanitario? Describa tantas como considere oportunas.

1.	
2.	
3.	
4.	

## 2.3. PROPUESTAS DE MEJORA

Por favor valore el grado de pertinencia, factibilidad y competencia de las siguientes propuestas relacionadas con la formación:

A-FORMACIÓN DE PREGRADO	GRADO DE ACUERDO									
	1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo									
46. Inclusión en los planes de estudio de las <u>Facultades de Medicina</u> formación en <u>violencia</u> ejercida sobre las mujeres.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Inclusión en los planes de estudio de las <u>Facultades de Medicina</u> formación en perspectiva de <u>Género</u> en la enseñanza en las aulas.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. Inclusión en los planes de estudio de las <u>Escuelas de Enfermería</u> formación en <u>violencia</u> ejercida sobre las mujeres.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9



49. Inclusión en los planes de estudio de las <u>Escuelas de Enfermería</u> formación en perspectiva de <u>Género</u> en la enseñanza en las aulas.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

50. Inclusión en los planes de estudio de las <u>Facultades de Medicina</u> de formación en habilidades de <u>comunicación</u> , técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

51. Inclusión en los planes de estudio de las <u>Escuelas de Enfermería</u> de formación en habilidades de <u>comunicación</u> , técnicas de entrevista, perspectiva del y la paciente.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

<b>B- FORMACIÓN CONTINUADA PERSPECTIVA DE GÉNERO</b>	<b>GRADO DE ACUERDO</b>									
	<b>1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo</b>									
52. Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en materia de <u>violencia ejercida contra las mujeres</u> .	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

53. Impulso de políticas de formación continuada con el propósito de enriquecer las competencias, aptitudes y actitudes del colectivo profesional en <u>perspectiva de género</u> .	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

¿Qué otras recomendaciones considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar la formación del personal sanitario para abordar la problemática de la violencia de género? Describa tantas como considere oportunas.

1.	
2.	
3.	
4.	



### 3. MODELO de INTERVENCIÓN

#### 3.1. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

A continuación se presentan diferentes dimensiones de la atención a la paciente relacionadas con aspectos médicos, sociales y legales. Por favor, señale qué escenario corresponde a la actualidad, el escenario esperado y el deseado.

		GRADO DE ACUERDO								
		1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo								
54. ACTUACIÓN SANITARIA. Implica la valoración de la necesidad de <u>atención psicológica</u> .	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. ACTUACIÓN SANITARIA. Ofrece ayuda a las pacientes que se hallen en esta situación, independientemente de que la <u>reconozcan</u> , para prevenir la cronificación del problema o la aparición de problemas médicos y secuelas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56. ACTUACIÓN SOCIAL. El personal sanitario <u>informa</u> a la mujer sobre los diferentes <u>recursos sociales</u> disponibles	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. ACTUACIÓN SOCIAL. En el caso de voluntad de <u>denuncia</u> se facilita la <u>información</u> sobre los trámites necesarios para interponerla.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58. ACTUACIÓN LEGAL. Inclusión en la <u>Historia Clínica</u> de la existencia e incluso sospecha de una situación de maltrato	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



**3.2. ÁREAS DE MEJORA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN**

¿Qué áreas de mejora relacionadas con la formación considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar la atención de la problemática desde el sistema sanitario? Describa tantas como considere oportunas.

**3.3. PROPUESTAS DE MEJORA:**

Valore el grado de pertinencia, factibilidad o competencia de una serie de medidas que pueden ayudar a conseguir una atención más eficiente, lograr que la atención sanitaria sea la más adecuada al menor coste posible:

PROPUESTAS	GRADO DE ACUERDO									
	1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo									
59. <u>Motivar a los y las profesionales sanitarios para lograr una mayor implicación</u> en el proceso de atención sanitaria a mujeres víctimas del maltrato	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Creación de <u>unidades de referencia</u> en los Centros de Salud que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Creación de <u>unidades de referencia</u> en los <u>PAC</u> que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
62. Creación de <u>unidades de referencia</u> en los <u>Hospitales</u> que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9



63. Creación de <u>unidades de referencia</u> en cada Centro de Salud Mental Extrahospitalaria que sirvan de orientación y apoyo a profesionales sanitarios de los mismos.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

¿Qué otras recomendaciones considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar la intervención del personal sanitario para abordar la problemática de la violencia de género? Describa tantas como considere oportunas.

1.
2.
3.
4.

#### 4. VALORACIÓN del PROTOCOLO SANITARIO ante el MALTRATO en el ámbito DOMÉSTICO contra las MUJERES.

##### 4.1. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

Nuestro objetivo es conocer el grado de implementación actual y futuro del Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el Ámbito Doméstico en los diferentes servicios y su impacto.

		GRADO DE ACUERDO									
		1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo									
64. El Protocolo de Actuación sanitario está suficientemente <u>difundido</u>	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
65. El Protocolo de Actuación implica a las <u>especialidades</u> y <u>ámbitos</u> necesarios para abordar con eficacia la problemática del maltrato	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
66. El desarrollo del Protocolo de Actuación es una <u>herramienta útil</u> para la mejora de la atención a mujeres víctimas del maltrato	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	



67. La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la <u>detección</u> de un mayor número de casos de mujeres	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. La aplicación del Protocolo Sanitario de atención está suponiendo <u>atender</u> correctamente a las mujeres víctimas de maltrato	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. La aplicación del Protocolo de Actuación ha supuesto la mejora del <u>seguimiento</u> de casos de mujeres víctimas de maltrato	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

A continuación se nombran diferentes profesiones sanitarias que desempeñan su labor en los Centros de Salud, Hospitales y Centros de Salud Mental, por favor, indique el grado de conocimiento y de aplicación del Protocolo de Actuación.

**CONOCIMIENTO**

El Protocolo de actuación es conocido por:

A- CENTROS DE SALUD	GRADO DE CONOCIMIENTO									
	1 Grado mínimo de CONOCIMIENTO y 9 el de máximo de CONOCIMIENTO									
70. Médicos y médicas de familia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Pediatras.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



73. Matronas y matronos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Gestores y gestoras del Centro de Salud	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
75. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

<b>B- PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA</b>	<b>GRADO DE CONOCIMIENTO</b>									
	<b>1 Grado mínimo de CONOCIMIENTO y 9 el de máximo de CONOCIMIENTO</b>									
76. Médicos y médicas de familia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
77. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



C1- CENTROS HOSPITALARIOS	GRADO DE CONOCIMIENTO									
	1 Grado mínimo de CONOCIMIENTO y 9 el de máximo de CONOCIMIENTO									
78. Pediatras.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
79. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
80. Matronas y matronos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
81. Especialistas en traumatología	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
82. Especialistas en ginecología y obstetricia	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
83. Especialistas en psicología	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
84. Especialistas en psiquiatría	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



85. Personal gestor del Hospital	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
86. Profesionales del Trabajo Social	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
87. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

C2- URGENCIAS HOSPITALARIAS	GRADO DE CONOCIMIENTO									
	1 Grado mínimo de CONOCIMIENTO y 9 el de máximo de CONOCIMIENTO									
88. Médicos y médicas de Urgencias Médicas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
89. Médicos y médicas Urgencias Traumatológicas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
90. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



D- CENTROS DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA	GRADO DE CONOCIMIENTO									
	1 Grado mínimo de CONOCIMIENTO y 9 el de máximo de CONOCIMIENTO									
91. Psicólogos y psicólogas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
92. Psiquiatras	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
93. Enfermeras y enfermeros	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
94. Personal gestor del Centro de Salud Mental	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
95. Profesionales del Trabajo Social	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
96. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**APLICACIÓN**

El protocolo es aplicado por:

A- CENTROS DE SALUD	GRADO DE APLICACIÓN									
	1 Grado mínimo de APLICACIÓN y 9 el de máximo de APLICACIÓN									
97. Médicos y médicas de familia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
98. Peditras.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
99. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
100. Matronas y matronos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
101. Gestores y gestoras del Centro de Salud	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
102. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



<b>B- PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA</b>		<b>GRADO DE APLICACIÓN</b>								
		<b>1 Grado mínimo de APLICACIÓN y 9 el de máximo de APLICACIÓN</b>								
103. Médicos y médicas de familia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
104. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

<b>C1- CENTROS HOSPITALARIOS</b>		<b>GRADO DE APLICACIÓN</b>								
		<b>1 Grado mínimo de APLICACIÓN y 9 el de máximo de APLICACIÓN</b>								
105. Pediatras.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
106. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
107. Matronas y matronos.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
108. Especialistas en traumatología	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



109. Especialistas en ginecología y obstetricia	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
110. Especialistas en psicología	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
111. Especialistas en psiquiatría	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
112. Personal gestor del Hospital	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
113. Profesionales del Trabajo Social	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
114. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



<b>C2- URGENCIAS HOSPITALARIAS</b>	<b>GRADO DE APLICACIÓN</b>									
	<b>1 Grado mínimo de APLICACIÓN y 9 el de máximo de APLICACIÓN</b>									
115. Médicos y médicas de Urgencias Médicas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

116. Médicos y médicas Urgencias Traumatológicas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
117. Enfermeras y enfermeros.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

<b>D- CENTROS DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA</b>	<b>GRADO DE APLICACIÓN</b>									
	<b>1 Grado mínimo de APLICACIÓN y 9 el de máximo de APLICACIÓN</b>									
118. Psicólogos y psicólogas	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
119. Psiquiatras	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
120. Enfermeras y enfermeros	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



121. Personal gestor del Centro de Salud Mental	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
122. Profesionales del Trabajo Social	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
123. Personal del área de atención al cliente	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

#### 4.2. ÁREAS DE MEJORA DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

#### 4.3. PROPUESTAS DE MEJORA:

<b>GRADO DE ACUERDO</b>										
<b>1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo</b>										

124. Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en <u>atención primaria</u> para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

125. Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en el <u>servicio de urgencias</u> para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9



126. Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en atención en <u>salud mental</u> para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

127. Elaboración de una guía de apoyo para la mejora de la aplicación del Protocolo en <u>atención especializada</u> para abordar el maltrato doméstico sobre las mujeres	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

¿Qué otras recomendaciones considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar la aplicación del Protocolo de atención? Describa tantas como considere oportunas.



## 5. RECURSOS

### 5.1. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

Nuestro objetivo es conocer la adecuación de los recursos y condiciones materiales a la prestación de la atención. La información es referida al Centro de Salud, Hospital o Centro de Salud Mental al que pertenece. En el caso de pertenecer a la Organización Central de Administración y Gestión Corporativa de Osakidetza, valore el sistema en general.

		GRADO DE ACUERDO									
		1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo									
128. Los <u>dispositivos</u> para garantizar la <u>seguridad</u> de la víctima y del equipo profesional son adecuados en su centro de trabajo.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
129. Acceso a recursos de <u>traducción</u> para atender a la población inmigrante.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
130. Acceso a recursos de <u>mediación intercultural</u> para atender a la población inmigrante.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
131. Acceso a recursos de <u>interpretación de lengua de signos</u>	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	



**5.2. ÁREAS DE MEJORA DE LOS RECURSOS**

**5.3. PROPUESTAS DE MEJORA:**

		<b>GRADO DE ACUERDO</b>								
		<b>1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo</b>								
132. Disponibilidad de un recurso propio de <u>traducción telemática</u>	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
133. Disponibilidad de recurso propio de <u>mediación intercultural.</u>	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
134. Disponibilidad de una <u>sala de espera</u> que garantice la intimidad de las pacientes víctimas de VCM.	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9

¿Qué otras recomendaciones considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar los recursos para atender a mujeres víctimas de VCM. Describa tantas como considere oportunas.



## 6. COORDINACIÓN

### 6.1. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

Nuestro objetivo es conocer tanto la coordinación intrainstitucional como extrainstitucional. La información es referida al Centro de Salud, Hospital o Centro de Salud Mental al que pertenece. En el caso de pertenecer a la Organización Central de Administración y Gestión Corporativa de Osakidetza, valore el sistema en general.

#### A- EXTRAINSTITUCIONAL

		GRADO DE ACUERDO									
		1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo									
135. El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico cuentan con el <u>conocimiento</u> suficiente de los <u>recursos</u> disponibles en otros <u>ámbitos de atención</u>	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
136. El personal de Osakidetza que atiende a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico cuentan con el <u>conocimiento</u> suficiente de los <u>cauces de respuesta pública</u> en esta materia.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
137. La coordinación con los <u>Servicios Sociales</u> de referencia se realiza de manera adecuada.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
138. La coordinación con la <u>Ertzaintza</u> se realiza de manera adecuada.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
139. La coordinación con la <u>Policía Local</u> se realiza de manera adecuada.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	



140. La coordinación con el <u>Juzgado</u> de referencia se realiza de manera adecuada.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
141. La coordinación con el <u>Instituto Vasco de Medicina Legal</u> se realiza de manera adecuada.	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

B- INTRAINSTITUCIONAL

142. Comunicación de la <u>sospecha de maltrato</u> entre la medicina <u>especializada</u> y la atención <u>primaria</u> .	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
143. Comunicación de la <u>confirmación de maltrato</u> entre la medicina <u>especializada</u> y la atención <u>primaria</u> .	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
144. Comunicación de la <u>sospecha de maltrato</u> entre la atención de <u>urgencias</u> y la atención <u>primaria</u> .	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
145. Comunicación de la <u>confirmación de maltrato</u> entre la atención de <u>urgencias</u> y la atención <u>primaria</u> .	ACTUALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	PRONÓSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	DESEO	1	2	3	4	5	6	7	8	9



**6.2. ÁREAS DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL Y EXTRAINSTITUCIONAL**

--

**6.3. PROPUESTAS DE MEJORA:**

		<b>GRADO DE ACUERDO</b>								
		<b>1 Grado mínimo de acuerdo y 9 el de máximo acuerdo</b>								
146. Disponibilidad de la <u>Historia Clínica unificada</u> por parte de los diferentes ámbitos de atención dentro del <u>sistema sanitario</u> .	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
147. Acceso a la <u>Historia Clínica</u> por parte del <u>Instituto Vasco de Medicina Legal</u>	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
148. Participación en la elaboración e impulso de <u>protocolos locales</u> de atención a mujeres víctimas de violencia en el ámbito doméstico	PERTINENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	CAPACIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9



¿Qué otras recomendaciones considera Usted que serían necesarias tener en cuenta para mejorar la coordinación intrainstitucional y extrainstitucional? Describa tantas como considere oportunas.

Por favor, si lo estima necesario, realice cuantas aportaciones estime necesarias respecto a las preguntas que acaba de contestar.

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**