INFORME

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GENERO ENTRE EL PERSONAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Servicio Murciano de Salud

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Sociología
UNIVERSIDAD DE MURCIA

Promoción del estudio: Unidad de Desarrollo Profesional, Servicio Murciano de Salud

Equipo de investigación:
Isabel Cutillas Fernández
Marta Latorre Catalán
Natalia Moraes Mena
Elena Gadea Montesinos

Apoyo en la investigación:
María Castillo López
Fulgencio Villescas Vivancos

Edición y maquetación:
Alberto Arroyo

Diciembre 2021

Servicio Murciano de Salud

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Sociología
UNIVERSIDAD DE MURCIA

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO 7

2. PROPUESTA METODOLÓGICA 10

3. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 20

3.1. CONOCIMIENTO Y SENSIBILIZACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO 20

3.2. FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO PARA EL DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL 27

3.3. FORMACIÓN REALIZADA EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y VALORACIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD 40

3.4. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO 54

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 77

RESUMEN EJECUTIVO 82

ANEXO. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA 88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Composición de la muestra por sexo (%) 16

Gráfico 2. Composición de la muestra por puesto de trabajo desempeñado (%) 17

Gráfico 3. Composición de la muestra por área de salud (%) 17

Gráfico 4. Composición de la muestra por lugar de trabajo (%) 18

Gráfico 5. Composición de la muestra por vinculación laboral con el SMS (%) 19

Gráfico 6. Composición de la muestra por experiencia en el ejercicio profesional (%) 19

Gráfico 7. Composición de la muestra por grupos de edad (%) 19

Gráfico 8. La desigualdad entre mujeres y hombres es la causa principal de la violencia de género (%) 20

Gráfico 9. Las actitudes y comportamientos de algunas mujeres 21

fomentan las relaciones de pareja violentas (%) 21

Gráfico 10. Las víctimas de violencia de género pueden salir de la relación de maltrato si lo quieren (%) 21

Gráfico 11. La conducta violenta es innata en el hombre, forma parte de su naturaleza (%) 22

Gráfico 12. En la actualidad es mucho más fácil para una mujer víctima de violencia de género demandar ayuda, dada la gran concienciación social que existe (%) 22

Gráfico 13. Si una víctima de violencia de género permanece con su pareja después de episodios repetidos de maltrato es también responsable de su situación (%) 23

Gráfico 14. Las víctimas a menudo tienen razones para permanecer en una relación de violencia (%) 23

Gráfico 15. Si una víctima de violencia de género no reconoce el maltrato es muy poco lo que puedo hacer para ayudar (%) 24

Gráfico 16. La formación en violencia de género no es especialmente necesaria para mi especialidad (%) 24

Gráfico 17. En mi puesto de trabajo no dispongo del tiempo necesario para responder adecuadamente a una paciente víctima de violencia de género (%) 26

Gráfico 18. Conozco el protocolo de actuación en situaciones de violencia de género (%) 27

Gráfico 19. Sé detectar signos e indicadores de violencia de género, basándome tanto en la atención a la paciente como en su historial clínico (%) 29

Gráfico 20. Conozco cómo realizar las preguntas adecuadas para detectar un caso de violencia de género (%) 33

Gráfico 21. Estoy preparado/a para responder apropiadamente cuando una paciente refiere ser víctima de violencia de género (%) 33

Gráfico 22. Puedo determinar el grado de peligro en una paciente que sufre violencia de género (%) 34

Gráfico 23. Conozco cómo documentar la historia de violencia de género y los hallazgos del examen físico en la historia clínica (%) 34

Gráfico 24. Ante un caso de violencia de género, soy capaz de adaptar mi actuación a las necesidades de la víctima (%) 35

Gráfico 25. Conozco los dispositivos y recursos disponibles para derivar a víctimas de violencia de género (%) 37

Gráfico 26. Conozco que en mi centro hay una persona responsable o coordinadora de violencia de género y sé cuáles son sus funciones (%) 38

Gráfico 27. ¿Ha realizado algún tipo de formación en violencia de género en los últimos 10 años? (%) 40

Gráfico 28. ¿Ha realizado algún tipo de formación en violencia de género en los últimos 10 años? (%) 41

Gráfico 29. ¿Ha realizado algún tipo de formación en violencia de género en los últimos 10 años? (%) 42

Gráfico 30. Nº estimado de horas de formación en violencia de género (%) 43

Gráfico 31. Tipo de formación realizada (%) 44

Gráfico 32. La oferta de cursos y programas en violencia de género es suficiente (%) 45

Gráfico 33. La oferta formativa sobre violencia de género me parece de interés (%) 47

Gráfico 34. La oferta formativa sobre violencia de género me parece de utilidad para el ejercicio de mi actividad profesional (%) 47

Gráfico 35. La información sobre los cursos y programa es clara, completa y accesible (%) 48

Gráfico 36. Recibo regularmente información sobre los cursos ofrecidos en el plan de formación continuada del SMS (%) 49

Gráfico 37. El horario y el formato de los cursos y programas se adaptan a las necesidades de mi actividad profesional (%) 50

Gráfico 38. La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre el protocolo y la forma de proceder ante un caso de violencia de género (%) 55

Gráfico 39. La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre los recursos y dispositivos disponibles para atender a una víctima de violencia de género (%) 56

Gráfico 40. La formación se realiza de forma presencial (%) 57

Gráfico 41. La formación se realiza de forma telemática (%) 58

Gráfico 42. La formación incluye formación teórica que me permite profundizar en aspectos fundamentales de la violencia de género (%) 59

Gráfico 43. La formación incluye formación práctica (roleplay, simulación...)(%) 60

Gráfico 44. El contenido se adapta a mi grado de conocimiento y formación sobre el tema (%) 62

Gráfico 45. La formación se ofrece en formatos de duración reducida, lo que me permite realizar un primer acercamiento a un tema específico (%) 63

Gráfico 46. La formación se ofrece en formatos de amplia duración, lo que me permite la profundización y especialización en los temas abordados (%) 63

Gráfico 47. La formación se realiza en mi centro de trabajo (%) 64

Gráfico 48. La formación está integrada en mi jornada de trabajo y, por tanto, ésta se reduce o adecúa para poder atenderla (%) 65

Gráfico 49. "Muy importante" a la hora de realizar formación en violencia de género (%) 67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de entrevistas 11

Tabla 2. Grupo 1. Personal facultativo sanitario especialista 13

Tabla 3. Grupo 2. Personal facultativo sanitario especialista 13

Tabla 4. Grupo 3. Personal de enfermería 14

Tabla 5. Grupo 4. Personal sanitario en formación 14

Tabla 6. Ficha técnica encuesta 15

Tabla 7. Personal del Servicio Murciano de Salud por género 16

Tabla 8. Personal del Servicio Murciano de Salud por puesto de trabajo 17

Tabla 9. Personal del Servicio Murciano de Salud por área 18

1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

La violencia ejercida contra la mujer, especialmente aquella que se produce dentro de la pareja, y la violencia sexual, constituyen, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un grave problema de salud pública y una violación de los derechos de las mujeres. De acuerdo con esta misma institución, una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de su pareja o violencia sexual por parte de terceros. Esta violencia, además, afecta negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres a corto y largo plazo. Ante esta realidad social, el sector sanitario y su personal desempeñan un papel fundamental en la prevención, detección y atención de la violencia de género[1].

En el contexto español, durante las dos últimas décadas se ha producido un avance manifiesto, tanto en la concienciación social y conocimiento acerca de esta problemática y sus múltiples implicaciones, como en las políticas y recursos destinados a la prevención y erradicación de la violencia de género y a la atención a las víctimas. En este proceso, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género marca un punto de inflexión, como primer gran herramienta legal que ofrece una respuesta global ante la violencia ejercida contra las mujeres.

En el artículo 15 de la citada Ley, recogido en el Capítulo III (dedicado al ámbito sanitario), se establece la obligación de las Administraciones Sanitarias de promover e impulsar actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y el establecimiento de las medidas necesarias para asegurar la contribución del sector sanitario en la lucha contra la violencia de género. En concreto, la Ley insta al desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario en este ámbito, con el objetivo de propiciar un diagnóstico precoz de las situaciones de violencia y la asistencia a las víctimas.

A partir del impulso que supuso la Ley Orgánica y en respuesta a las obligaciones que se derivaban de la misma, en el año 2007[2] se acuerda el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, aprobado por el Consejo Interterritorial

1 Declaración institucional de la Organización Mundial de la Salud por la conmemoración del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo de 2021).

2 La Región de Murcia aprueba también en el año 2007 un Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención primaria.

del Sistema Nacional de Salud, que proporciona a los y las profesionales sanitarias unas pautas de actuación homogéneas (de atención, seguimiento, prevención y diagnóstico temprano) ante los casos de violencia de género.

En este protocolo, actualizado en el año 2012, se recomienda igualmente la formación continua del personal sanitario en la prevención, detección precoz y atención integral de la violencia ejercida contras las mujeres.

En este marco, el Servicio Murciano de Salud lleva años desarrollando iniciativas y actuaciones destinadas a la sensibilización y formación en violencia de género del personal sociosanitario de la Región de Murcia, aunque con intensidad y periodicidad desigual, derivada entre otras razones de las crisis económicas, los ciclos políticos y el compromiso y liderazgo de las instituciones y responsables públicos.

En una primera etapa, la decisión y organización de estas actuaciones dependió en mayor medida de las distintas instituciones de gestión y administración sanitaria, como las gerencias, lo que pudo repercutir en una mayor heterogeneidad de las oportunidades formativas disponibles y en que éstas dependieran, en buena parte, de la existencia de figuras comprometidas con este ámbito de formación que lideraran su articulación. Sin embargo, a partir de la puesta en marcha de los primeros Planes Integrados de Formación Continuada del Servicio Murciano de Salud, se establece un espacio estructurado común de formación en el que se han desarrollado múltiples actuaciones destinadas a incrementar el conocimiento de la violencia de género y de cómo actuar ante ella entre el personal sociosanitario.

Así, entre los años 2009 y 2020, se han identificado más de 220 actividades de formación destinadas al personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud en torno a las distintas violencias ejercidas contra las mujeres. Ahora bien, conviene señalar que estas iniciativas de formación suponen un porcentaje notablemente reducido del total de la oferta formativa disponible. En 2017, año en el que la formación y sensibilización en violencia de género tuvo un mayor peso dentro del conjunto de las actuaciones propuestas, apenas supusieron el 3% del total de las acciones de formación desarrolladas. Además, y aun reconociendo la implicación efectiva de una parte del personal sociosanitario en la formación en violencia de género, también se ha evidenciado una participación desigual en la formación, en función de los distintos perfiles del personal.

Dentro de las acciones de formación ejecutadas, puede observarse cómo se han ido incorporando progresivamente diferentes temáticas y ámbitos de formación. Si en un primer periodo la formación solía centrarse en cuestiones más generales, como la sensibilización en violencia de género o la cumplimentación del parte de lesiones, en los últimos años se han puesto a disposición de los y las sanitarias actividades formativas de contenido más específico o sectorial, como las vinculadas a la atención y prevención de la mutilación genital femenina[3], la intervención con víctimas de trata y/o explotación sexual[4] o los dispositivos específicos en salud mental[5].

Tras casi dos décadas de desarrollo de la estrategia de sensibilización y formación del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud en violencia de género, el

3 En el año 2017 se aprueba el Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia.

4 Actualmente se encuentra en elaboración el Protocolo para la intervención con víctimas de trata y/o explotación sexual.

5 En el año 2011 se publica la Guía Práctica Clínica de actuación en salud mental con mujeres maltratadas por sus parejas.

trabajo que aquí se presenta tiene por objetivo analizar cuáles son, en este nuevo contexto y tras los avances realizados, las necesidades formativas existentes y las principales demandas vinculadas a la formación.

Con esta premisa, el objetivo principal de este trabajo de investigación radica en conocer las necesidades formativas del personal sociosanitario de la Región de Murcia en materia de violencia de género. En base a este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la situación en materia de violencia de género en la Región de Murcia, así como el marco institucional para su prevención y atención, con especial interés en los protocolos y recursos desarrollados por el Servicio Murciano de Salud.
- Conocer las percepciones y discursos de los y las profesionales sociosanitarios en relación a la violencia de género, así como sobre las actuaciones y protocolos puestos en marcha en el Servicio Murciano de Salud.
- Conocer cómo valora el personal sanitario de la Región de Murcia el conocimiento que posee en materia de violencia de género, así como cuáles son las necesidades de formación que consideran relevantes de acuerdo a su práctica profesional.

Con tal fin, se estructura este trabajo como sigue: en el siguiente epígrafe se detalla la propuesta metodológica desarrollada para dar respuesta a los objetivos planteados. A continuación, se presentan los principales resultados del estudio articulados en cuatro bloques temáticos: formación y sensibilización en violencia de género; formación en violencia de género para el desempeño de la actividad profesional; formación realizada en violencia de género y valoración de la oferta formativa del Servicio Murciano de Salud; e identificación de necesidades de formación en violencia de género. A partir de estos resultados, se recogen las principales conclusiones del estudio, así como una serie de recomendaciones que puedan orientar el diseño de la formación en violencia de género entre el personal sociosanitario. Por último, se incluye un resumen ejecutivo del trabajo. Se cierra este informe con un anexo con el cuestionario utilizado en la realización de la encuesta.

2. PROPUESTA METODOLÓGICA

Atendiendo a los objetivos planteados, se diseñó una estrategia metodológica que combinaba técnicas de investigación de carácter cualitativo (entrevistas a informantes estratégicos y grupos focales) y cuantitativo (encuesta). Además, en una primera fase de la investigación se realizó una revisión y análisis de documentación de interés con el objetivo de conocer y contextualizar nuestro objeto de estudio.

El diseño de las técnicas de investigación tuvo en cuenta el perfil de los informantes y de la población a las que iban destinadas, así como las condiciones y limitaciones de acceso a la misma. Igualmente, debido a las restricciones y precauciones derivadas de la situación epidemiológica por Covid-19, se tuvo presente la posible necesidad de adaptar los instrumentos de obtención de la información al nuevo contexto siempre que fuera requerido o recomendado.

Análisis documental

Se realizó una revisión y análisis de documentación de interés que permitiese, por un lado, un primer acercamiento sociohistórico al tratamiento de la violencia de género en el ámbito sanitario y, por otro, conocer las acciones formativas realizadas en este ámbito para el personal del Servicio Murciano de Salud. En concreto, se realizó la revisión de:

- Información proporcionada por la Unidad de Desarrollo Profesional sobre las acciones formativas en materia de violencia de género desarrolladas entre el personal sanitario de la Región de Murcia (periodo 2009-2020)
- Legislación y marco institucional para la prevención y atención de la violencia de género en la Región de Murcia.
- Protocolos de actuación en violencia de género existentes en el ámbito sanitario de la Región de Murcia.
- Estudios realizados acerca de las necesidades de formación en materia de violencia de género entre el personal sanitario en otras Comunidades Autónomas.

Entrevistas a informantes estratégicos

A través de este instrumento metodológico se obtuvo información relevante para conocer las percepciones y valoraciones sobre el tratamiento de la violencia de género en el ámbito sanitario, sobre las acciones formativas desarrolladas y las necesidades de formación. En el contexto de esta investigación, se consideraron informantes estratégicos los siguientes perfiles:

- Personas que hubieran participado en la promoción de programas y acciones de formación en violencia de género.
- Personas que, por su posición profesional, por el servicio o ámbito sanitario al que pertenecen, tuvieran un mayor conocimiento sobre las necesidades formativas en relación con la violencia de género.
- Personas fuera del ámbito sanitario implicadas en los procesos de detección y atención en caso de violencia de género.

Se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas a personas que respondían a los perfiles señalados. Seis de las entrevistas se hicieron de manera presencial, en los lugares de trabajo de los y las informantes. Otras tres fueron realizadas de forma telemática, a través de la plataforma de videoconferencia Zoom, para atender a la disponibilidad y preferencias de las personas entrevistadas.

Las entrevistas se realizaron entre marzo y octubre de 2021 y en todas participaron dos investigadoras del equipo de trabajo, excepto en una de ellas a la que acudió una persona sola y otra a la que asistieron tres. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas posteriormente de forma completa. La duración media de las entrevistas fue de una 1 hora y 15 minutos.

La relación de las personas entrevistadas es la siguiente:

Tabla 1. Relación de entrevistas

	Persona entrevistada	Fecha
1	Técnico de formación – Unidad de Desarrollo Profesional	17/03/2021
2	Ginecóloga, Jefa de estudios del Hospital Universitario Rafael Méndez y coordinadora de Formación Continuada y Docencia del Área III	26/04/2021
3	Médico de Familia, Coordinadora Médico de Continuidad Asistencial Área de Salud VII	11/05/2021
4	Trabajadora Social – Atención primaria, Área de Salud VII	14/05/2021
5	Coordinador – Unidad de Desarrollo Profesional del Servicio Murciano de Salud	7/07/2021
6	Psicóloga clínica – Unidad de Docencia, Investigación y Salud Mental SMS	30/09/2021
7	Médico Interno Residente - Pediatría	6/10/2021
8	Médico Interno Residente – Medicina Interna	6/10/2021
9	Psicóloga – CAVI, Región de Murcia	8/10/2021

En determinados casos, y especialmente referido al primero de los perfiles de informantes estratégicos, en la selección de los y las entrevistadas se persiguió incorporar a personas que a lo largo de su trayectoria profesional reciente hubieran participado en programas y acciones de formación, en el diseño o coordinación de estrategias contra la violencia de género en el Servicio Murciano de Salud y/o en la realización de protocolos de violencia de género, independientemente del puesto de trabajo que desempeñaran en el momento de la entrevista.

Por otro lado, y aunque no estaba inicialmente previsto en el diseño de la investigación, con el desarrollo del trabajo de campo (tras realizar las primeras entrevistas y grupos focales) se hizo visible la necesidad de indagar más acerca de las percepciones del personal en formación. En el discurso de los y las entrevistadas se insistía, por un lado, en la necesidad de adelantar la formación en violencia de género a las etapas formativas iniciales, tanto en la residencia como en la etapa universitaria, y, por otro lado, en la importancia de la figura del tutor o tutora en la estrategia de formación. Las dos personas en formación -Médicos Internos Residentes- eran, además, alumnas egresadas del Grado de Medicina de la Universidad de Murcia y se creyó de especial interés trazar la continuidad, de haberla, entre la formación universitaria y la realizada una vez iniciada la trayectoria profesional en el contexto del estudio.

Grupos focales

Con el desarrollo de grupos focales se pretendía captar de forma abierta las opiniones, actitudes y motivaciones del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud en torno a la formación en violencia de género.

Se realizaron cuatro grupos focales a lo largo de junio de 2021. En tres de los grupos se invitó a 8 participantes y a 9 en el caso del grupo de residentes, para garantizar la diversidad y la contribución de un conjunto amplio de voces y actores. La participación fue concertada y confirmada con anterioridad. No obstante, y debido a situaciones sobrevenidas de carácter laboral o personal, finalmente tres grupos se realizaron con 7 participantes y uno de ellos con 5. Todos los grupos se llevaron a cabo de forma presencial en un espacio adecuado de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Murcia. En todos ellos participaron al menos dos investigadoras del equipo de trabajo, una de ellas como moderadora o conductora y otra encargada de tareas de observación, supervisión y apoyo. Los grupos focales fueron grabados en audio y transcritos posteriormente de forma íntegra. La duración media de los grupos fue de una 1 hora y 30 minutos.

Para el diseño de la muestra de los grupos focales se tuvo en cuenta la variable colectivo o categoría profesional, optando por una conformación homogénea. De esta forma, se realizaron dos grupos con personal facultativo sanitario especialista, un grupo con personal de enfermería y uno con personal sanitario en formación (MIR y EIR). Por otro lado, y tratando de garantizar la heterogeneidad interna de los grupos, se tuvieron en cuenta para su composición distintas variables: sexo, área de salud, ámbito de trabajo y especialidad6. En el diseño de la muestra de los grupos focales se priorizó la participación de profesionales de aquellas especialidades que por su práctica cotidiana tienen o pudieran tener un mayor contacto y ocasión de detectar casos de violencia de género,

6 Al igual que sucede con la muestra de la encuesta, y a lo largo de todas las fases del trabajo de campo, se ha tenido una mayor dificultad para contar con la participación de varones. Entendemos que esta menor participación deriva, por un lado, del tema abordado y la cercanía o interés con el mismo y, por otro, de la propia composición de la plantilla del Servicio Murciano de Salud, significativamente feminizada.

como son Atención primaria, Urgencias, Salud Mental, Ginecología y Pediatría. Por último, se buscó que los y las participantes tuvieran trayectorias diversas, sobre todo en relación a los años de desempeño profesional, especialmente en el caso del personal en formación, para lo que se intentó que hubiera participantes en momentos distintos de su etapa formativa (R1, R2, etc.).

En los grupos de personal facultativo sanitario especialista se tuvo en cuenta también la participación de personas que a lo largo de su trayectoria profesional o en el momento de realización de los grupos formaran parte de los comités de violencia de género de algún hospital, hubieran colaborado en tareas de realización de protocolos de violencia de género o fueran tutores o tutoras de residentes o responsables de formación.

La relación de grupos focales y participantes fue la siguiente:

Tabla 2.		
Grupo 1. Personal facultativo sanitario especialista Fecha de realización: 01/06/2021		
	Área de salud	Sexo
Atención primaria	IX	Mujer
Urgencias	I	Mujer
Psiquiatría	II (ETAC)	Hombre
Psiquiatría	VI	Mujer
Atención primaria	III	Hombre

Tabla 3.		
Grupo 2. Personal facultativo sanitario especialista Fecha de realización: 17/06/2021		
	Área de salud	Sexo
Atención primaria	IX	Mujer
Atención primaria	VI	Mujer
Ginecología	VII	Mujer
Psiquiatría	VII (ETAC)	Mujer
Urgencias	I	Mujer
Urgencias	VII	Hombre
Pediatría	I	Hombre

Tabla 4.		
Grupo 3. Personal de enfermería Fecha de realización: 22/06/2021		
	Área de salud	Sexo
Enfermería	Personal temporal	Mujer
Enfermería familiar y comunitaria	VII	Mujer
Enfermería obstétrico-ginecológico - Matrona	I	Mujer
Enfermería de salud mental	II (ETAC)	Mujer
Enfermería familiar y comunitaria	VI	Mujer
Enfermería familiar y comunitaria	VI	Mujer
Enfermería	I	Mujer

Tabla 5.		
Grupo 4. Personal sanitario en formación Fecha de realización: 24/06/2021		
	Área de salud	Sexo
MIR – Medicina Familiar y Comunitaria (R4)	I	Mujer
MIR – Ginecología (R4)	VII	Mujer
MIR – Ginecología (R3)	I	Mujer
MIR – Psiquiatría (R1)	II	Mujer
MIR – Pediatría (R1)	VI	Hombre
EIR – Matrona (R1)	VI	Mujer
EIR – Enfermería pediátrica (R1)	I	Mujer

Para la selección de participantes en las entrevistas y grupos focales se han utilizado distintas estrategias de contactación, con el objetivo de llegar a un mayor número de personas y poder alcanzar cierta diversidad de perfiles: a través de los contactos proporcionados por la Unidad de Desarrollo Profesional del Servicio Murciano de Salud, por los propios informantes y participantes, a partir de lo que se conoce como estrategia o técnica de "bola de nieve", por la que sugerían o recomendaban a nuevos participantes y, por último, a través de las redes personales y profesionales del equipo de trabajo. En este sentido, y especialmente para la participación en el grupo focal de profesionales de Enfermería, se envió la información y se solicitó la participación a través de la coordinación del Máster Universitario en Salud, Mujer y Cuidados de la Universidad de Murcia.

Del análisis de los grupos focales y entrevistas se ofrecen fragmentos anonimizados de manera literal (verbatim) en el apartado de resultados de este informe. Con el fin de preservar el anonimato de los y las participantes no se identifican los distintos fragmentos con los participantes, excepto en el caso del personal en formación porque, por un lado, es posible garantizar el anonimato por los pocos datos aportados en su identificación y, por otro, por la diferente posición que ocupan en la trayectoria laboral, que hace significativo señalarlo en el análisis. En el caso de los grupos focales, se identifica el grupo, pero no al participante.

Encuesta

El acercamiento cuantitativo al objeto de estudio se llevó a cabo a través de una encuesta, cuyos resultados son estadísticamente representativos del conjunto del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud.

Se trató de una encuesta autoadministrada (sin la asistencia de un encuestador o encuestadora) y aplicada de manera telemática a través de la plataforma de encuestas de la Universidad de Murcia (encuestas.um.es). El cuestionario diseñado, de tipo estructurado y cerrado, puede consultarse en el Anexo que acompaña a este informe.

En la difusión del cuestionario, y con el objetivo de llegar al mayor número de potenciales encuestados y encuestadas, se desarrollaron distintas estrategias:

- Desde la Unidad de Desarrollo Profesional se compartió la encuesta en varias listas de distribución y se solicitó la colaboración de determinados agentes que, por su posición en la estructura del Servicio Murciano de Salud (como los responsables de las unidades docentes), podían promover con éxito la tarea de difusión.
- Se remitió el cuestionario a la mayor parte de las personas que habían participado durante el trabajo de campo cualitativo (entrevistas a informantes estratégicos y grupos focales), solicitándoles la cumplimentación del cuestionario y la difusión del mismo.
- La encuesta fue distribuida entre las redes personales y profesionales del equipo investigador.

Durante el periodo de recogida de datos (18 de octubre–25 de noviembre), se realizaron análisis periódicos de las encuestas recibidas, con el objetivo de comprobar cómo se iba produciendo la composición de la muestra en relación a las variables estructurantes de la misma, fundamentalmente sexo, área y puesto de trabajo. El objetivo era tratar de detectar y solventar, a través de las estrategias de difusión, los posibles sesgos o errores que pudieran producirse.

Tabla 6. Ficha técnica encuesta	
Tipo de encuesta y método de recogida	Autoadministrada y telemática
Ámbito	Región de Murcia
Universo	Personas de 18 y más años, que trabajan en el Servicio Murciano de Salud
Tamaño de la muestra	576 entrevistas

Error muestral	El error de los datos totales obtenidos con esta muestra, asumiendo los estándares del muestreo aleatorio simple, es del 4,02 %, con una probabilidad del 95.5% (2 sigmas) y P=Q.
Cuestionario	De tipo estructurado y cerrado
Fecha de recogida	Del 18 de octubre al 25 de noviembre de 2021

Al cierre de la encuesta, 576 personas[7] habían cumplimentado de manera completa el cuestionario.

Las características de la composición final de la muestra, como se observa en los siguientes gráficos y tablas, se asemejan a las presentadas por el personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud en relación al sexo, puestos de trabajos más numerosos (enfermería y facultativo sanitario especialista) y área de salud.

Gráfico 1. Composición de la muestra por sexo (%)

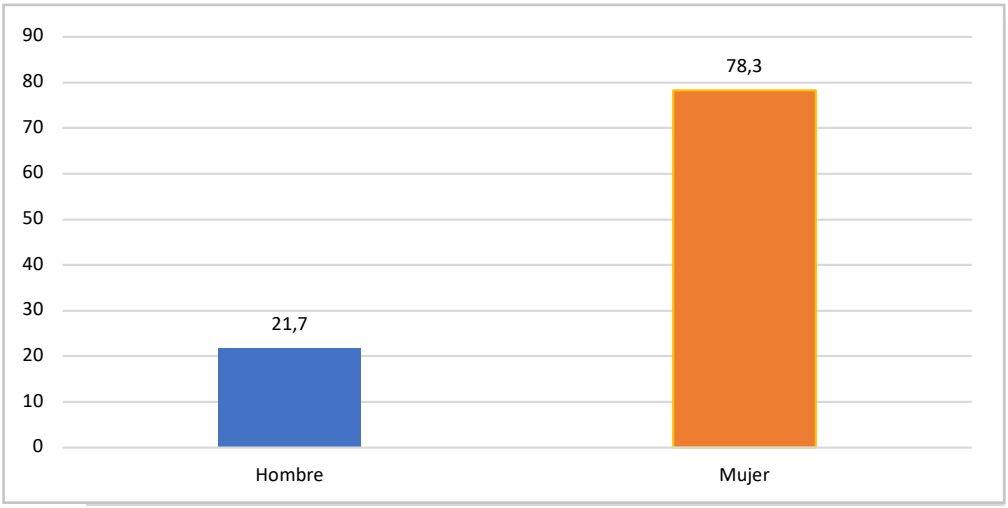


Tabla 7. Personal del Servicio Murciano de Salud por género		
	Hombres	Mujeres
Servicio Murciano de Salud	26%	74%
Muestra	21,7%	78,3%

Fuente: Servicio Murciano de Salud

7 En el diseño inicial de la muestra se proyectó la realización de 600 entrevistas, con un margen de error muestral del 4% para el conjunto del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud. Tras varias semanas de recogida de datos, y múltiples intentos de difusión, el número de nuevas encuestas recibidas por día se redujo sustancialmente. Si bien no se pudo cubrir la muestra inicialmente prevista, las 576 entrevistas recibidas nos sitúa ante un margen de error muestral de los resultados (4,02%) muy similar al previsto (4%).

Gráfico 2. Composición de la muestra por puesto de trabajo desempeñado (%)

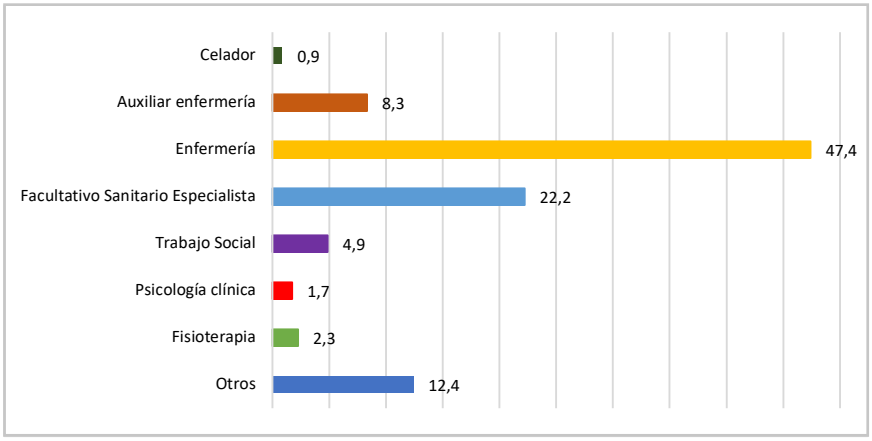


Tabla 8. Personal del Servicio Murciano de Salud por puesto de trabajo		
	Facultativo Sanitario Especialista	Enfermería
Servicio Murciano de Salud	25,5	39,01
Muestra	22,2	47,4

Fuente: Servicio Murciano de Salud

Gráfico 3. Composición de la muestra por área de salud (%)

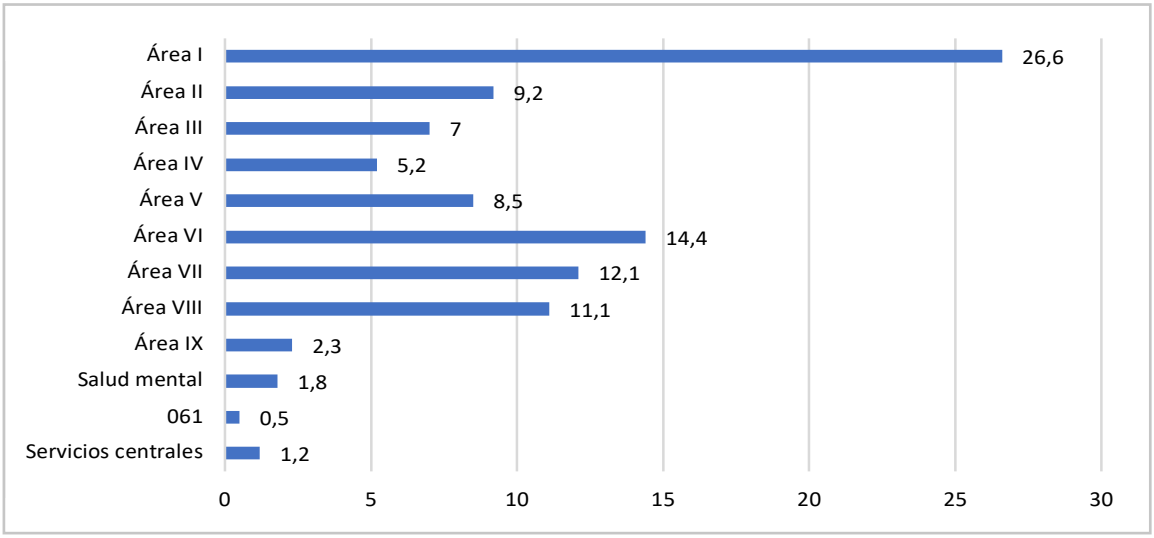


Tabla 9. Personal del Servicio Murciano de Salud por área		
	SMS	Muestra
Área I	23,9	26,6
Área II	19,0	9,2
Área III	7,7	7
Área IV	3,8	5,2
Área V	3,2	8,5
Área VI	11,9	14,4
Área VII	10,7	12,1
Área VIII	6,6	11,1
Área IX	3,1	2,3
Salud Mental	3,1	1,8
061	2,0	0,5
Servicios centrales	4,9	1,2

Fuente: Servicio Murciano de Salud

En relación a las áreas de salud, conviene matizar que, si bien se realizaron varios intentos para lograr una difusión equilibrada del cuestionario en todas las áreas, en algunas de ellas el peso final de la muestra no resulta proporcional al tamaño de su plantilla. En este sentido, resulta especialmente significativa, por el importante número de personal que trabaja en la misma, la limitada respuesta obtenida en el Área II (Cartagena). Del mismo modo, destaca también la sobrerrepresentación de algunas áreas, como la V y la VIII.

Junto a las variables anteriormente señaladas (sexo, puesto de trabajo desempeñado y área), en el cuestionario se incluyeron otras preguntas de identificación que nos permiten un conocimiento más específico de la muestra estudiada, como son: lugar de trabajo, tipo de vinculación laboral con el Servicio Murciano de Salud, edad y años de experiencia en el ejercicio profesional.

Gráfico 4. Composición de la muestra por lugar de trabajo (%)

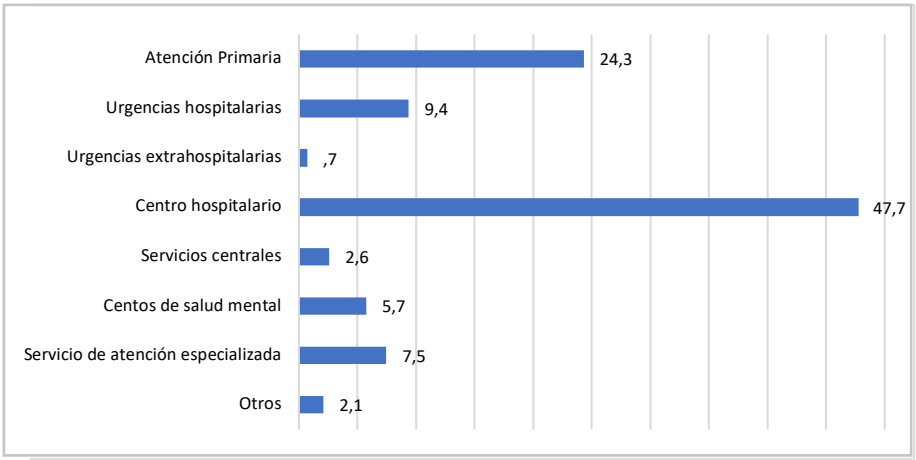


Gráfico 5. Composición de la muestra por vinculación laboral con el SMS (%)

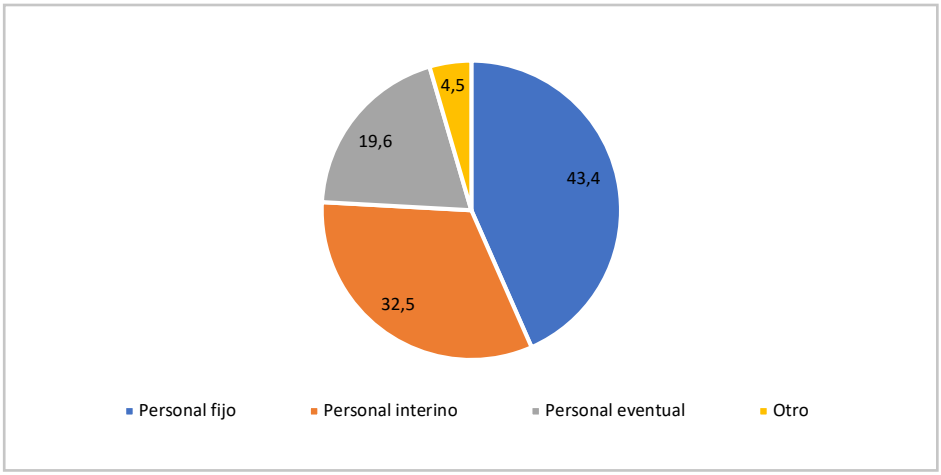


Gráfico 6. Composición de la muestra por experiencia en el ejercicio profesional (%)

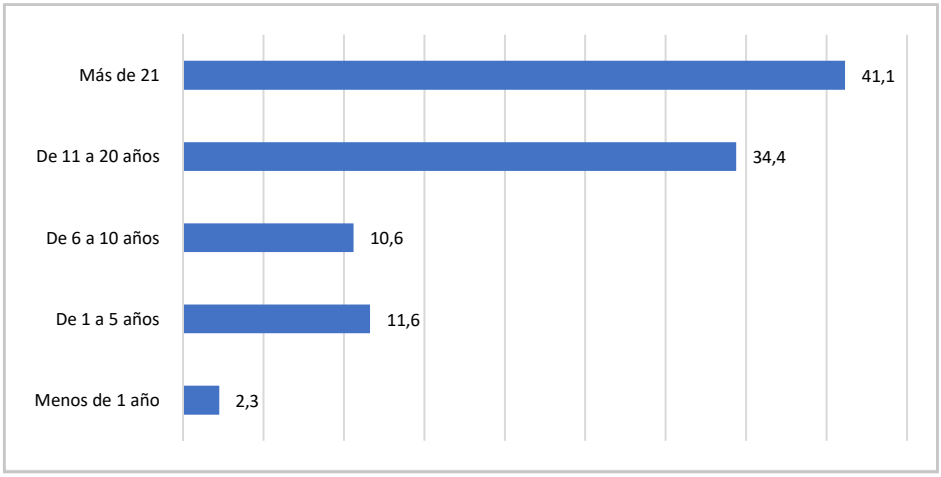
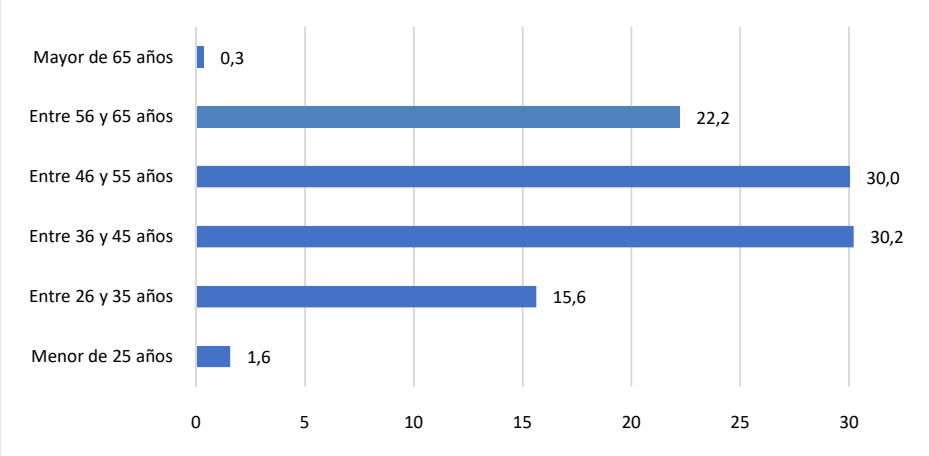


Gráfico 7. Composición de la muestra por grupos de edad (%)

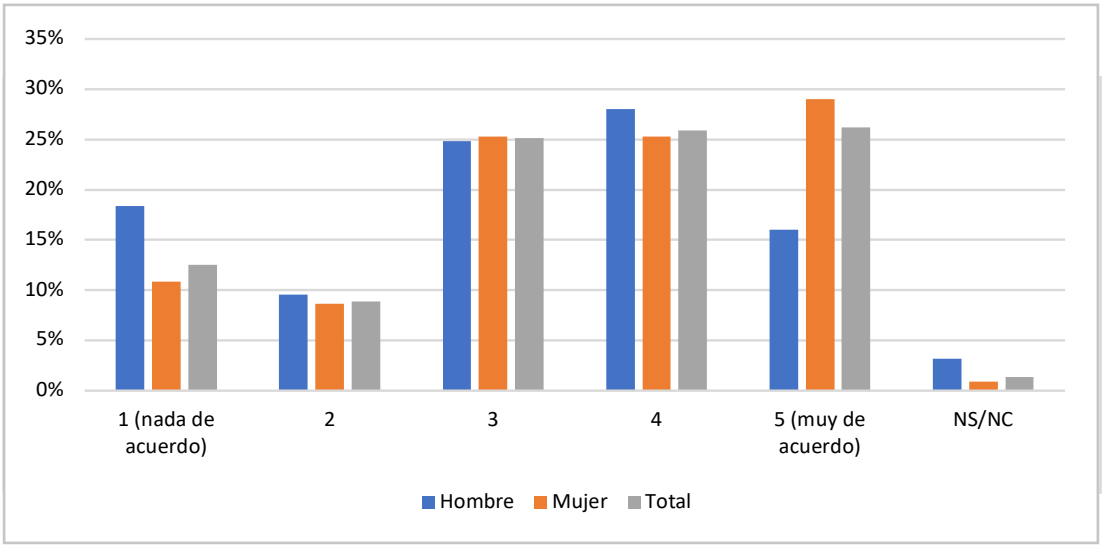


3. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

3.1. CONOCIMIENTO Y SENSIBILIZACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO

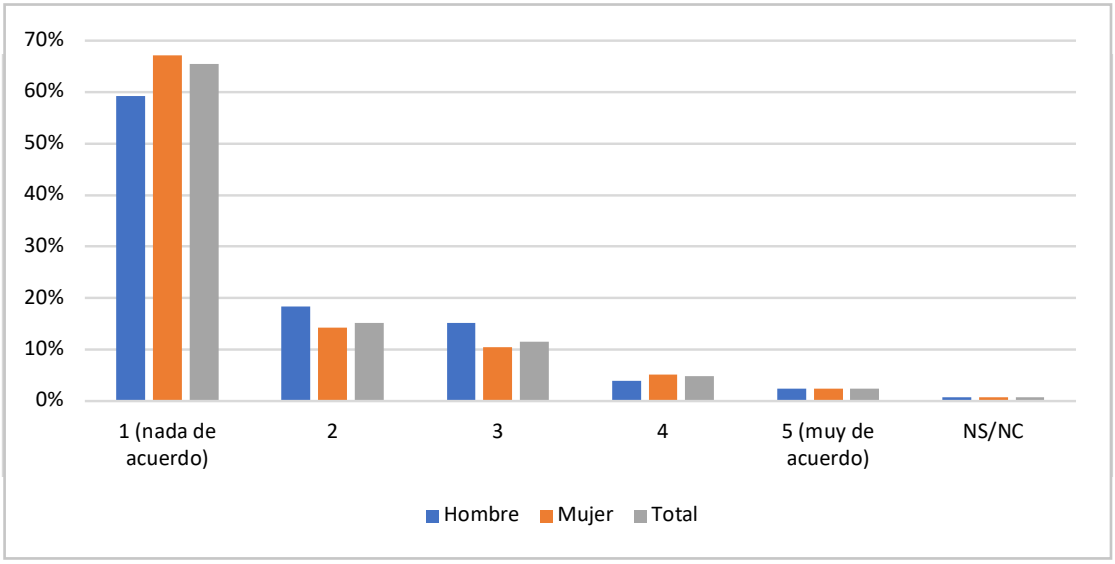
En este epígrafe se presentan los resultados acerca del nivel de sensibilización y conocimiento general del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud en torno a la violencia de género.

Gráfico 8. La desigualdad entre mujeres y hombres es la causa principal de la violencia de género (%)



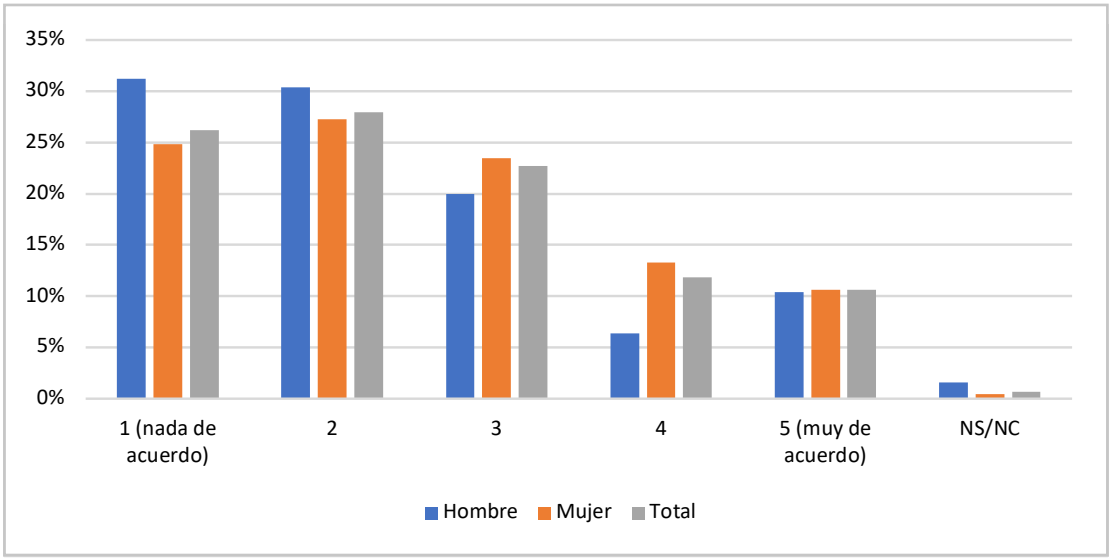
Más del 50% del conjunto de los y las participantes (posiciones 4 y 5) muestran un amplio acuerdo en torno la desigualdad entre hombres y mujeres como causa principal de la violencia de género. Sin embargo, por sexos las diferencias son significativas: un 44% de los hombres, frente a un 54,3% de las mujeres, se sitúa en estos valores. Además, conviene destacar que un 18,4% de los hombres y un 10,9% de las mujeres se muestra "nada de acuerdo" con esta afirmación.

Gráfico 9. Las actitudes y comportamientos de algunas mujeres fomentan las relaciones de pareja violentas (%)



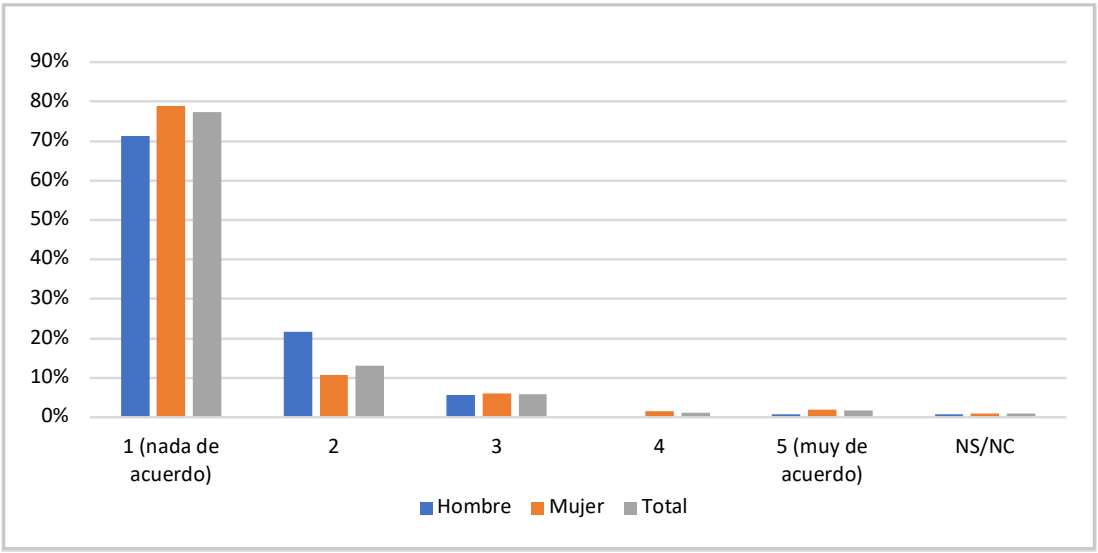
En relación a si las actitudes y comportamientos de algunas mujeres fomentan las relaciones de pareja violentas, el 80,6% de la muestra se muestra muy en desacuerdo con esta afirmación (posiciones 1 y 2), alcanzando el 81,4% entre las mujeres.

Gráfico 10. Las víctimas de violencia de género pueden salir de la relación de maltrato si lo quieren (%)



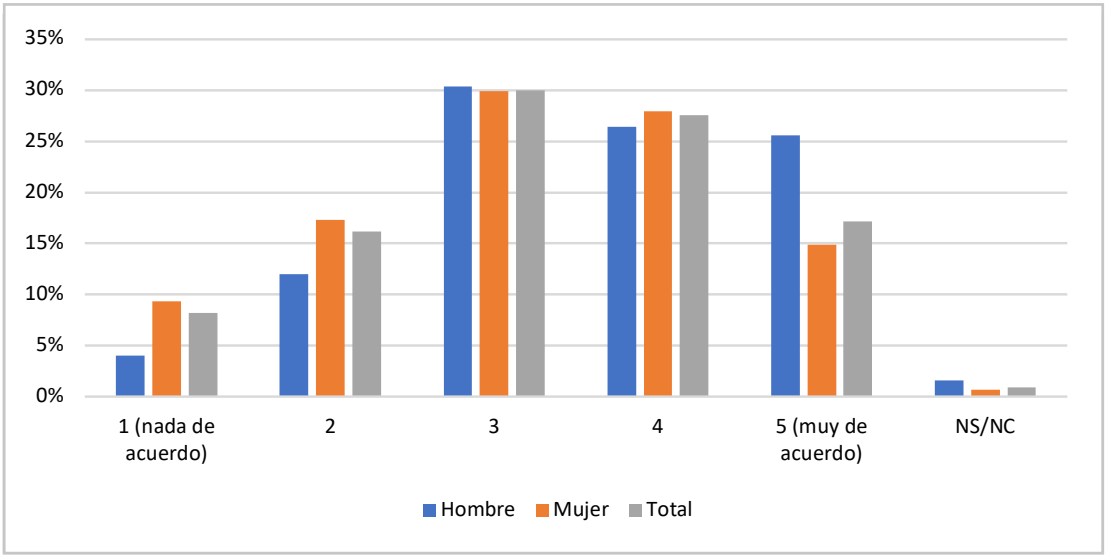
Entre los y las entrevistadas, una amplia mayoría (54,2%) se muestra en desacuerdo (posiciones 1 y 2) ante la vinculación entre el deseo o la voluntad de las mujeres para salir de una relación de maltrato y su capacidad real de hacerlo. Conviene destacar que en el caso de los varones este porcentaje se eleva hasta el 60,6% de los encuestados.

Gráfico 11. La conducta violenta es innata en el hombre, forma parte de su naturaleza (%)



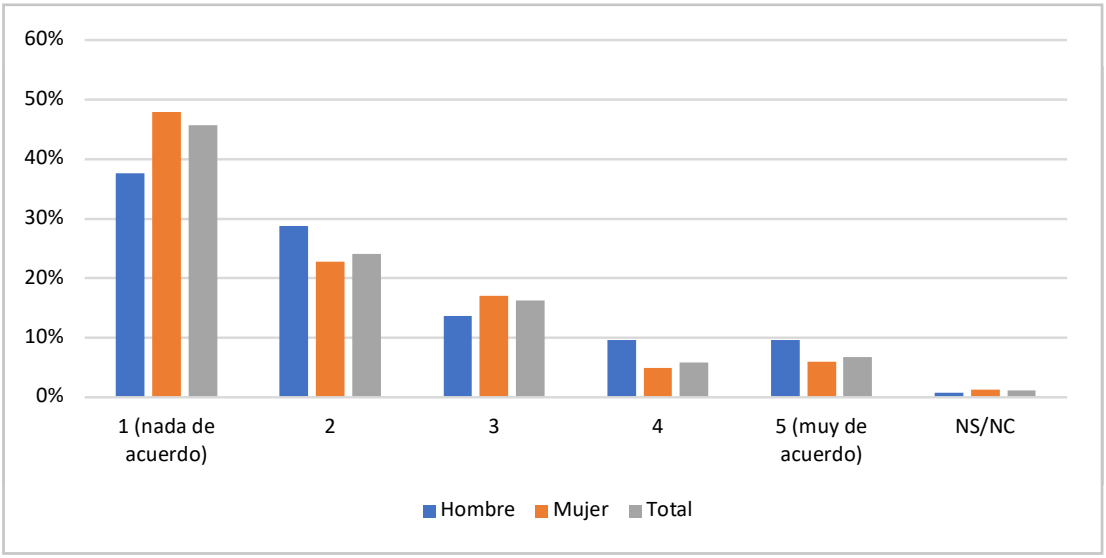
También existe un amplio consenso entre los y las entrevistadas en desligar la conducta violenta de la naturaleza del hombre: un 71,2% de los hombres y un 78,9% de las mujeres se muestra "nada de acuerdo" con esta afirmación.

Gráfico 12. En la actualidad es mucho más fácil para una mujer víctima de violencia de género demandar ayuda, dada la gran concienciación social que existe (%)



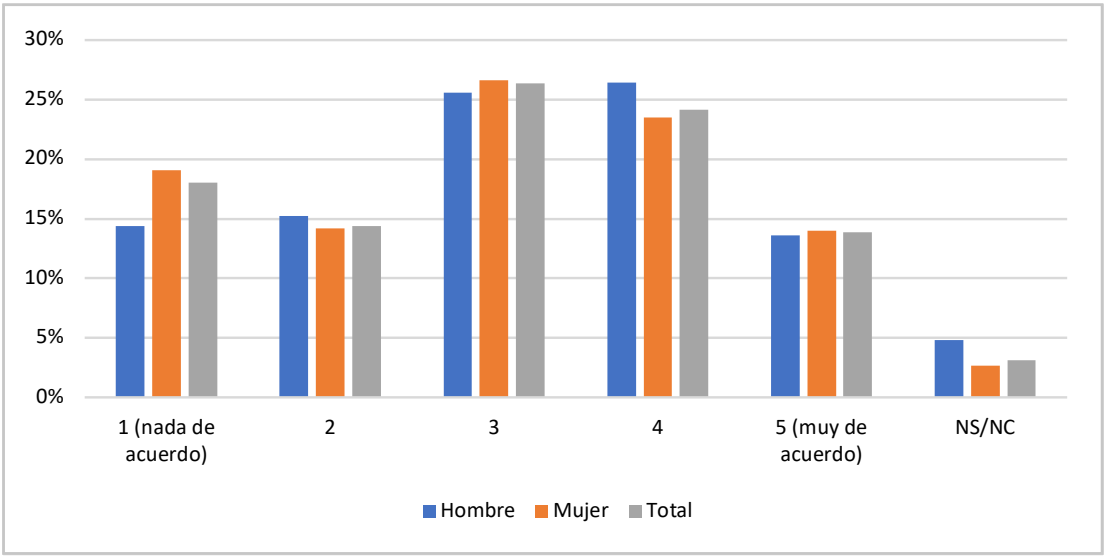
Un 44,8% de las personas entrevistadas (posición 4 y 5) considera que en la actualidad una mujer víctima de violencia de género tiene mucho más fácil demandar ayuda, dada la gran conciencia social que existe. Dentro de este porcentaje destaca que un 25,6% de los varones se muestra "muy de acuerdo" con esta posición, reduciéndose hasta el 14,9% en el caso de las mujeres.

Gráfico 13. Si una víctima de violencia de género permanece con su pareja después de episodios repetidos de maltrato es también responsable de su situación (%)



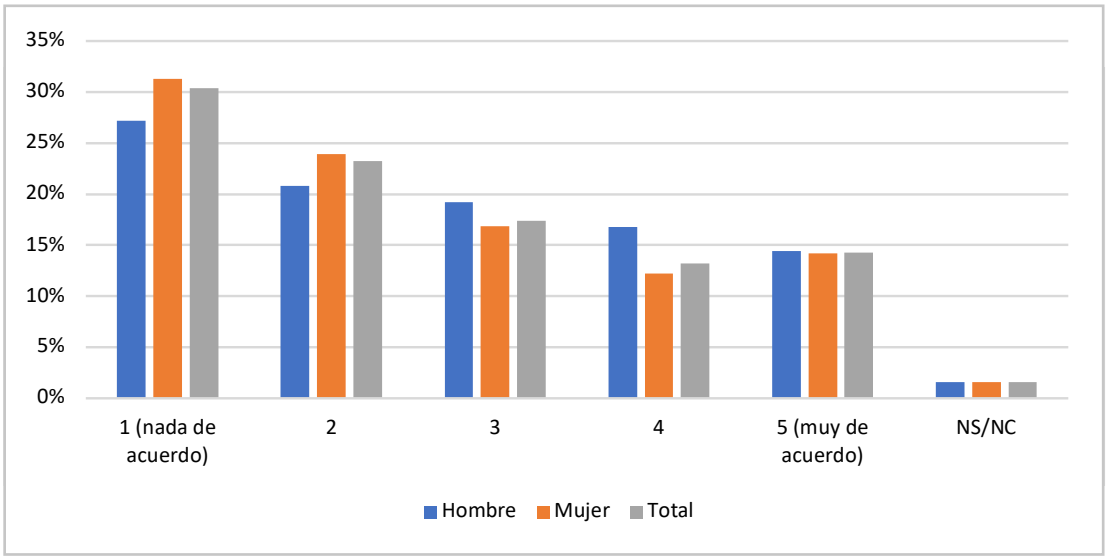
Preguntados y preguntadas por la responsabilidad de la mujer que permanece en la relación con su agresor sobre su propio maltrato, 7 de cada 10 personas entrevistadas se muestran en desacuerdo (posiciones 1 y 2) con esta vinculación. No se detectan diferencias significativas en función del sexo de los encuestados.

Gráfico 14. Las víctimas a menudo tienen razones para permanecer en una relación de violencia (%)



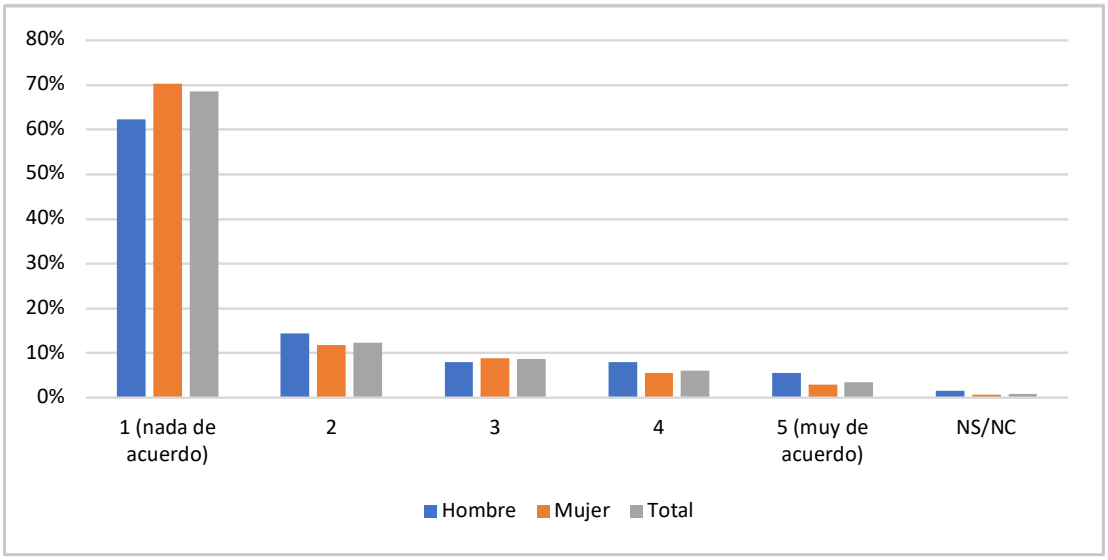
Los y las entrevistadas no muestran un claro nivel de acuerdo con la existencia de razones que justifiquen la permanencia de una mujer en una relación de violencia, constituyendo el grupo mayoritario, con un 26,4% del total, la posición intermedia (3). No se aprecian diferencias significativas por sexo.

Gráfico 15. Si una víctima de violencia de género no reconoce el maltrato es muy poco lo que puedo hacer para ayudar (%)



Más de la mitad del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud que ha respondido a esta encuesta se muestra en desacuerdo (posiciones 1 y 2) con no poder ayudar a una víctima de violencia si ésta no pide ayuda. Sin embargo, conviene resaltar que un 27,4% de las personas encuestadas afirma estar muy o bastante de acuerdo con este enunciado. Apenas se aprecian diferencias en función del sexo de las personas encuestadas.

Gráfico 16. La formación en violencia de género no es especialmente necesaria para mi especialidad (%)



La afirmación "la formación en violencia de género no es especialmente necesaria para mi especialidad" despierta el rechazo (posición 1) del 68,8% de la muestra. Entendemos importante destacar que, aunque los hombres se posicionan ampliamente

en esta posición, con un 62,4% del total, este porcentaje es casi 10 puntos porcentuales mayor en el caso de las mujeres (70,3%).

Durante las entrevistas y los grupos focales realizados, se apuntó que es necesario insistir en los **condicionantes psicosociales de la salud** entre aquellos profesionales que no entienden la formación en violencia de género como especialmente necesaria en su desempeño profesional

> *"Es que yo creo que están desbordados con la presión asistencial de toda la demanda, que es muchísima (...) Y, luego, que se juntan muchísimas cosas: también hay falta de formación en general y sobre todo de sensibilización. (...) Yo veo que falta un poco, no lo digo en todo el mundo, pero yo veo que esa visión de la integralidad de lo psicosocial en la salud, que analicen el contexto. A veces falta un poco de esa sensibilidad o de esa formación" (Entrevista)*

Sin embargo, también varias de las personas participantes insistieron en señalar que una parte de quienes consideran que la formación en violencia de género no resulta especialmente necesaria, ni oportuna, para su desempeño profesional, mantienen también una posición de **cuestionamiento de la violencia de género**. Es decir, no se trataría únicamente de una visión reducida del impacto que la violencia de género tiene sobre el conjunto de la salud de las mujeres, sino de una negación de la misma. En estos casos, se señaló también que ese perfil de profesional podría incurrir en un diagnóstico equivocado al no disponer de las herramientas, ni la voluntad, para valorar una situación de violencia de género.

> *"Entonces, a nivel de salud mental, salud de Atención primaria, de los profesionales, hay de todo, pero bueno, en cierta manera sí que lo encontré comprometido [al personal], con ganas de escuchar, con ganas de saber; y luego, otro sector [que dice] que esto se está saliendo de madre, que todo es violencia..." (Entrevista)*

> *"Yo he tenido situaciones en las que, sobre todo hombres, han tenido comentarios, en algún momento mencionando casos particulares, que evidentemente evidencian que hay gente que esto de la violencia de género le suena a cuento chino. Y empiezan a cuestionar que esto realmente sea necesario" (G-4)*

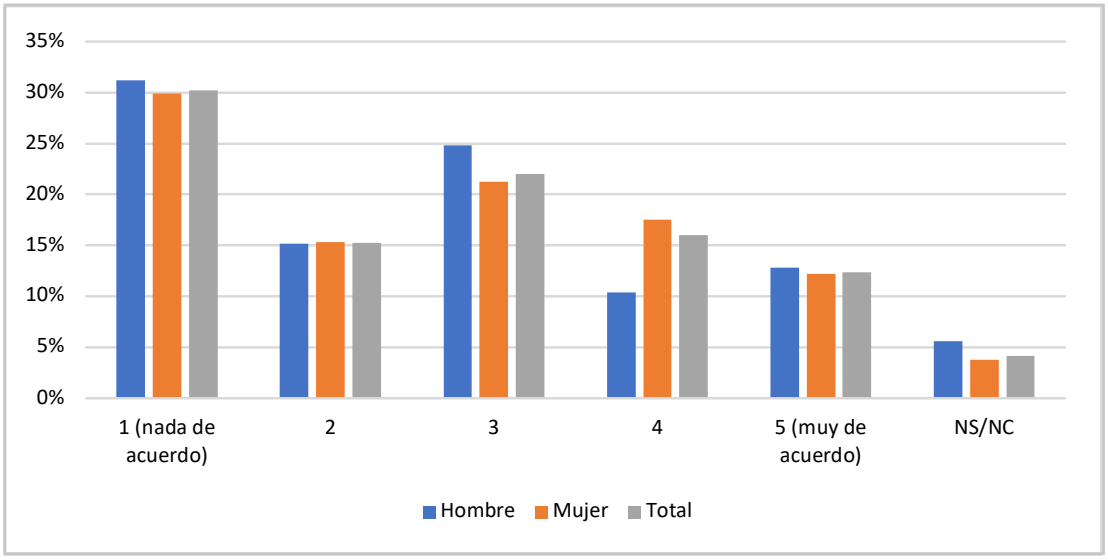
En el caso particular del grupo focal con personal de enfermería se señaló, además, haber sufrido o experimentado **situaciones de discriminación por parte de otros sanitarios**, fundamentalmente facultativos sanitarios especialistas, que dejarían entrever el mantenimiento de actitudes y comportamientos machistas en las relaciones laborales.

> *"No sé si vosotras lo habéis sentido, yo sí veo actitudes machistas médico-enfermera [asentimiento general por parte de otras participantes, se suceden murmullos y comentarios]" (G-3)*

> *"Mi experiencia personal es... te encuentras una mujer, joven, que ya es como... cuando llego con esta cara y 25 años... y decirle a un señor "oiga señor, que aquí no se puede fumar", y me manda a la..., y decirme: "¿y quién eres tú?", y decirle "pues mira, soy tu enfermera, fíjate, hay cierta autoridad, pero tienes que*

respetar...". Mujer, joven, enfermera, con un médico, mayor, hombre. Vamos, ahí se dan unas desigualdades sociales enormes. Para que te tomen en serio... los propios compañeros" (G-3)

Gráfico 17. En mi puesto de trabajo no dispongo del tiempo necesario para responder adecuadamente a una paciente víctima de violencia de género (%)



Una de cada tres personas entrevistadas señala estar "nada de acuerdo" con no disponer del tiempo necesario en su ejercicio profesional para responder adecuadamente a una paciente víctima de género. Llama la atención que los y las que se sitúan en esta posición constituyan el grupo más numeroso, ya que, durante el trabajo de campo cualitativo y como se desarrollará en un epígrafe posterior de este informe, han sido frecuentes las referencias al escaso tiempo disponible para cada consulta, dado el alto número de pacientes atendidos por jornada laboral, como una barrera fundamental a la hora de detectar y atender de manera integral a las víctimas de violencia de género.

En relación con el grado de conocimiento y sensibilización en violencia consideramos de interés señalar también que se ha podido apreciar, por parte de los y las profesionales participantes en los grupos focales, una desigual consideración y tratamiento de la violencia de género y de la violencia contra los y las menores, que se encontraría vinculada con un distinto grado de concienciación o sensibilización social en relación a ambas formas de maltrato y violencia.

Además, esta diferencia se presenta como especialmente visible en la atención a los y las adolescentes, en la que, aunque estos continúen siendo menores de edad, se pueden detectar ya juicios y valoraciones atravesadas por la condición de género y que podrían comprometer un tratamiento óptimo y adecuado de situaciones de violencia de género. Esta apreciación se hizo especialmente visible en el grupo focal realizado con residentes.

"Pero con los niños están muy concienciados, pediatría es que es otro mundo. Los pediatras son diferentes, los enfermeros... tienen otra sensibilidad, con los niños, con los padres, con todo. Es diferente a cómo tratan a una mujer. Ese

servicio tiene otra sensibilidad, no sé por qué razón será, tal vez porque socialmente a los niños los tenemos más protegidos, más resguardados que a lo mejor que a la mujer, porque a los niños sí les reconocen lo de abuso y maltrato. A las mujeres muchas veces no se les reconoce socialmente" (G-4)

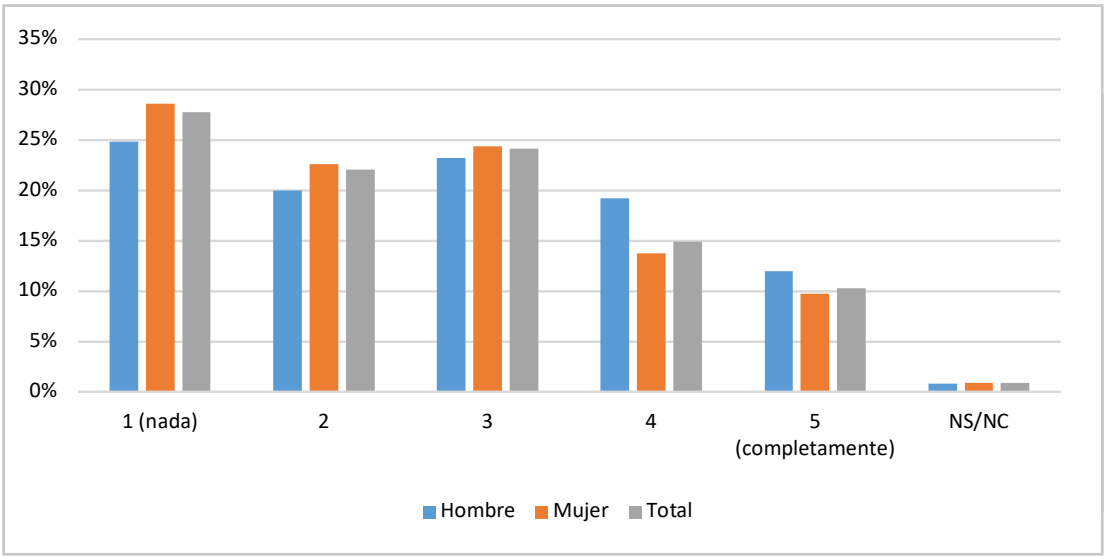
"Con los adolescentes, en otros hospitales, cuando no los ven en pediatría -donde la gente está muy concienciada- a veces por ejemplo al hospital van adolescentes. Yo no he tenido casos, pero compañeras sí, y es lo que tú dices, que con los niños estamos súper obsesionadas, pero cuando llega la adolescencia: "ay, es que ha bebido"; "ay, es que mira, le vemos una pinta que no". Entonces, puedes hacer la pérdida. En pediatría la verdad que no, porque la gente está concienciada, y son niños. Pero cuando ya llega la adolescencia en niñas, se quedan en un terreno... ven a adultos, pero no son adultos" (G-4)

"A mí me sorprendió mucho, por ejemplo, cuando hice las guardias en pediatría, que es un mundo completamente distinto al de los adultos. En adultos, el adjunto ve o sospecha o directamente te lo dicen, una mujer víctima de violencia de género, una mujer maltratada, lo que sea, y no le importa que seas R4, R1... te pasa el bulto, por así decirlo, el marrón, y tú no sabes qué hacer y al adjunto le da igual. Yo he coincidido mucho con [....], en pediatría, y llegaba cualquier sospecha y era la adjunta la que decía: "no, este niño me lo quedo yo, este niño lo exploro yo, y hablo yo con los papás". Y eso en adultos no pasa. Compañeros también me lo han comentado, "¿qué hago yo ahí?" (G-4)

3.2. FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO PARA EL DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

El objetivo de este apartado es conocer cómo valoran los y las profesionales del Servicio Murciano de Salud la formación de la que disponen para hacer frente a la violencia de género, tanto en la prevención y detección, como en la atención integral a las víctimas.

Gráfico 18. Conozco el protocolo de actuación en situaciones de violencia de género (%)



En relación al **grado de conocimiento del protocolo de actuación en situaciones de violencia de género, casi 1 de cada 2 personas encuestadas señalan disponer de un bajo conocimiento** sobre el mismo (posiciones 1 y 2), frente a un 25,1% que afirma conocerlo ampliamente (posiciones 4 y 5). Conviene señalar que, aunque los resultados de este trabajo muestran un mayor interés, conocimiento y sensibilización por parte de las mujeres que forman parte del Servicio Murciano de Salud en torno a la violencia de género, son los varones los que en mayor medida consideran disponer de un buen conocimiento sobre el protocolo (31,2% de hombres, frente al 23,5% de las mujeres).

De los grupos focales realizados con el personal médico se deprende, además de un conocimiento reducido del protocolo, una **muy desigual valoración de su utilidad y de su adecuación a la realidad de la consulta**. Así, aquellos y aquellas que manifestaban disponer de un menor conocimiento sobre el protocolo, referían que éste era extenso, farragoso y que exigía una dedicación de tiempo muy elevada; sin embargo, quienes disponían de una mayor sensibilización y formación tenían una mayor capacidad para comprender la relevancia y adecuación de los distintos campos y requerimientos previstos en el protocolo.

> *"Pero que requiere un tiempo hacer esto, tú estás pasando consulta con tres minutos y medio y te llega una mujer con violencia y el instrumento que tienes para rellenar, es verdad. Pero que se quejan de que es muy largo (...) Que es largo, que es complejo, que no lo ven sencillo" (Entrevista)*

En la siguiente interacción, recogida en el grupo focal 1, puede advertirse esta relación:

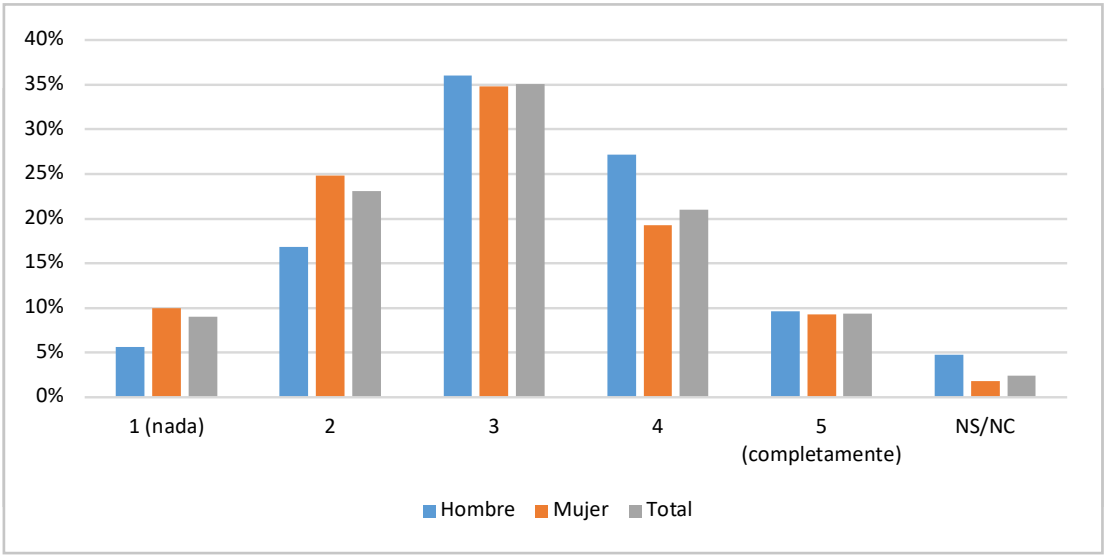
> *"Las veces que yo he utilizado el icono de violencia de género, al final tienes que dedicarle tiempo porque son muchas páginas. Vas pasando y tienes que rellenar mucha información. Y te das cuenta muchas veces que en el tiempo que tú has estado dedicando, que si hablamos de Atención primaria hablamos de cinco minutos de atención, nosotros tendríamos entre 10-15 minuto. Luego cada profesional lo plantea de una manera diferente, (...) porque no es lo mismo psiquiatras que tienen una cierta formación a nivel psicoterapéutico y que pretenden, con una escucha mucho más proactiva, intentar llegar mucho más allá, que otros compañeros profesionales que lo plantean de un modo mucho más sencillo o simplista. Entonces, claro, te das cuenta de que, aparte de que necesitas seguir atendiendo a esa mujer en entrevistas sucesivas, cuando te pones ahí sabes que no tienes ni la décima parte de información que, en el protocolo, por lo menos en la aplicación, se demanda" (G-1)*

> *"Pero yo creo que, en general, en el SELENE pierdes mucho más tiempo en trámites administrativos que realmente en la parte clínica. Porque tienes que rellenar, el ese de violencia de género, el otro formulario de no sé qué, el formulario de tratamiento... Y al final, rellenando tanto formulario, te tiras más tiempo que realmente atendiendo. Se podría agilizar, es poco práctico. (...). Al final rellenamos lo que nos da tiempo" (G-1)*

> *"Esos datos son sí o sí, luego hay otros datos que son importantes, como, por ejemplo, ver el índice de peligrosidad, valoración del riesgo de la mujer, si vive sola, si no... Todos esos datos nos vienen [requeridos] del Ministerio y son ne-*

cesarios. Yo no sé si harán estadísticas o no, pero... Y después también hay otros que son pues de la clínica que presenta la mujer. Sí que es un poco pesado hacerlo, pero también es bueno que esté estructurado, porque la experiencia que tengo, cuando no existía protocolo, que me acuerdo que tenía que ir a archivos a recoger los casos de violencia de género que había habido y todo eso, cuando mandábamos esos informes al juzgado, a mí me llamaban cada dos semanas, o sea, informe que mandaba a juzgado, informe que me llamaban, para declarar, porque el juez no entendía nada. Entonces ahora, con el protocolo, está todo muy normalizado y muy estructurado, entonces... Yo no recuerdo la última vez que me llamó el juez a declarar, porque era: "oye, ¿qué has puesto aquí?", "¿qué has querido decir con esto?". Ahora ya lo agradecen mucho, yo creo que también es en beneficio de... quiero decir, que nos cuesta un poco más cumplimentarlo, pero está todo para esa prueba, porque es la prueba que va a tener la mujer, después, cuando vaya..." (G-1)

Gráfico 19. Sé detectar signos e indicadores de violencia de género, basándome tanto en la atención a la paciente como en su historial clínico (%)



Una de cada tres personas encuestadas señala ser capaz de detectar signos e indicadores de violencia de género a partir de la atención a la paciente y del historial clínico (posiciones 4 y 5). Un porcentaje muy similar de entrevistados y entrevistadas, por el contrario, se confiesa muy pesimista (posiciones 1 y 2) sobre su conocimiento en este ámbito. De nuevo son los hombres los que se muestran más seguros de sus capacidades para detectar signos e indicadores de violencia.

Como ya se ha señalado anteriormente, la saturación de las consultas médicas, que impide una atención detenida y profunda de cada una de las pacientes, es reiteradamente señalada por los y las participante en las entrevistas y grupos focales como una de las principales barreras en la detección de la violencia. Como remarcan especialmente aquellos y aquellas que trabajan en las puertas de acceso al sistema de salud (Atención primaria, Urgencias, Salud Mental...), el proceso a transitar desde que el o la profesional sospecha de la existencia de una situación de violencia hasta que puede compartirlo

abiertamente con la paciente suele ser largo y requerir de tiempo para escuchar y generar confianza, de modo que puede resultar incompatible con la práctica sanitaria.

> *"Porque yo sé que muchos casos en Atención primaria se podrían detectar, pero sé que no hay tiempo, porque yo también voy al médico y sé el tiempo que tiene el hombre para dedicar, y sé que no llega a más y que no es fácil. Es que pillarla en el momento justo, para poder hacer una pregunta justa, es muy complicado. (...) Ya te digo, una gente muy comprometida, y otra que no lo va a detectar en su vida porque ni siquiera creen en el problema" (Entrevista)*

> *"De hecho muchas veces, cuando me llega una mujer y a lo mejor puedo tener alguna duda, le pongo un tratamiento, le doy una baja y la cito para dentro de 15 días y ya intento coger y bloquearme yo más huecos para poder hablar detenidamente con la paciente, pero por regla general ni tenemos los medios, ni tenemos un tiempo que nos digan "pues vamos a dar un curso sobre esto" (G-1)*

> *"En nuestro caso creo que va más por el desconocimiento, eres incapaz, no sabemos ver algo que no conocemos; y no sabemos cómo es o no sabemos cómo abordarlo, muchas veces ni lo vemos. Y también para mí tiene mucho que ver también la carga de trabajo. Muchas veces tenemos muchísima carga de trabajo y no hay un espacio. No priorizamos tampoco, pero tampoco hay un espacio para establecer una relación de hablar con el paciente, entonces me centro solamente en lo que tengo que resolver ahora y hasta luego. Ahí hay muchas veces que es verdad que hay carga de trabajo, pero esa carga de trabajo desde mi punto de vista -que a lo mejor estoy un poco quemada- esa situación en la que está habiendo mucha carga de trabajo ha generado un posicionamiento generalizado de pasotismo, de no implicarse en ciertas cosas, de creer que mis funciones son hasta aquí y se acabó, cuando no tendría por qué o mi punto de vista es que no tendría por qué ser así, entonces depende del profesional, pero en general, yo creo que es una falta de información, con lo cual ni siquiera voy a ver; y luego hay mucha carga de trabajo que no permite establecer una relación, una conversación con el paciente; y luego, que se ha establecido una forma de funcionar que directamente no nos interesa meternos en "x" asuntos" (G-3)*

Además del tiempo de consulta, tener la capacidad para captar las alertas se ha vinculado también al conocimiento del entorno y de las características sociales y familiares de las pacientes. Por ejemplo, varios profesionales de Atención primaria han referido casos de pacientes "muy consultadoras" o "muy demandantes" como un indicio de la existencia de una posible situación de violencia. También la atención a otros miembros de la familia, como ocurre en muchas consultas de Atención primaria, ha sido señalada como una oportunidad para la detección precoz de la violencia. Es decir, no se trataría únicamente del tiempo disponible en consulta, aunque éste resulta fundamental, sino de la capacidad para dedicar éste a "captar lo oculto".

> *"Creo que en los centros de salud todavía no están preparados para abordar ese tema. No porque los médicos no estemos sensibilizados o no sepamos actuar, sino porque a la mujer normalmente le da mucha vergüenza y casi siem-*

pre "es que me encuentro no sé qué..." o viene por una baja laboral; y claro, como estamos tan saturados, y ahora cada día más, porque, claro, ahora las agendas son terribles, porque se nos juntan las consultas telefónicas, las presenciales, por correo... más todo lo que se deja caer. Entonces Primaria está que no podemos más. Y, claro, para poder estar atentos y alerta a una situación que pueda suponer una violencia, pues a veces no es que no estemos capacitados, es que en ese momento no nos encontramos..." (G-1)

"Pero lo que de verdad me preocupa es a nivel preventivo. Cómo se puede actuar de forma preventiva o cuándo sospechar que una mujer, o cualquier miembro de una familia, puede estar sufriendo algún tipo de agresión. Muchas veces vemos mujeres que son muy demandantes, con problemas anímicos, ansiedad... y muchas veces no son capaces de abrirse y decir realmente que tienen ese problema. Más que violencia física, que lo podemos constatar. Y por esa preocupación me parece interesante: qué podemos hacer para poder formarnos en estos aspectos para que nos sirva un poco, más que para el tema asistencial, que yo creo que está cubierto, para el aspecto preventivo" (G-1)

En relación con la capacidad para detectar signos e indicadores de violencia, en el grupo focal realizado con enfermeras apareció en reiteradas ocasiones la pertinencia de formar a todo el personal sociosanitario en dimensiones o herramientas contra la violencia de género que, tradicionalmente, han quedado restringidas –o más enfocadas- al personal médico. De este modo, se lograría, además, que un mayor número de profesionales pudiera participar, conjuntamente y en equipo, en las tareas de detección de situación de violencia. Se insistió igualmente en la existencia de una forma de trabajar, y de formarse, muy segmentada (lo que suelen llamar "trabajar por estamentos"), en las que las experiencias de trabajo multidisciplinar son escasas, perjudicando un abordaje integral de los casos.

"Yo considero que, en el ámbito de Atención primaria, que la función, tanto del médico como de la enfermera, si no es igual es similar, que es la de detectar. Yo creo, aparte de lo que estudié, no somos profesionales especializados en tratar a una mujer que ha sido víctima de violencia de género, pero sí que por ejemplo en Atención primaria, lo digo por mi experiencia personal, y también porque es la puerta de entrada al sistema sanitario... pueden detectar, incluso si la conoces, si esa mujer puede estar en un caso posible de violencia de género. En este caso, la función tanto del médico como de la enfermera es detectar" (G-3)

"Una diferencia entre... se ponen estamentos en cosas diferentes, lo que es la relación con el paciente, la información que puedas sacar de ahí, con quién hace el informe, quién rellena cada cosa. O con lo que se supone que tú eres, "tu competencia es hasta aquí". Yo no puedo ver tu anatomía patológica, pero también conozco las patologías y quiero ver eso; "cómo te vas a meter en eso". También es mi paciente" (G-3)

Distintas profesionales de enfermería familiar y comunitaria expresaron, en este sentido, la utilidad que la realización de los planes personales de las pacientes -y la formación

recibida sobre su preparación o elaboración- tiene a la hora de detectar situaciones de violencia de género. Además, señalaron que por la función que desempeñan, así como por el tipo de relación (en ocasiones más frecuente) que suelen tener con las y los pacientes, constituyen una figura propicia en la creación de lazos de confianza y para tener un mayor conocimiento directo de sus perfiles y trayectorias.

> *"Menos distancia, más cercana. A nivel hospital, lo que decías de si somos un punto fuerte para formar y detectar, eso, sin duda sí. A nivel hospitalario, por ejemplo, yo creo que enfermería.... Una cosa es la relación con el paciente y quién tiene una relación más estrecha con el paciente; y otra es quién tiene la repercusión legal; aquí quien hace el informe es el médico. Y quien deriva es el médico. Entonces a nivel hospitalario no hay una fuerza; a nivel de primaria a lo mejor sí, pero a nivel hospitalario no tenemos todavía esa entidad para decir "he detectado esto, avisamos a quien sea". Yo, porque llevo [bastantes años] y digo "por qué no llamamos al trabajador social", pero no es algo que tengamos esa herramienta, y quizá en primaria sí" (G-3)*

> *"Yo no he recibido formación en violencia de género. La verdad que sí que es una cosa que me interesa bastante, porque yo a diario trato con la mujer y quizá sí que echo mucho en falta, pero tanto a nivel mío como también de otros profesionales. Por ejemplo, los planes personales están todos en rojo, es decir, están sin hacer. También quizá por desconocimiento, por la temporalidad y rotación de personal hace que no pueda haber un seguimiento (...) Yo cuando he tenido dudas, en cualquier situación, yo siempre recurro al trabajador social, pero la verdad, sin conocer muy bien las herramientas" (G-3)*

Por último, vinculado con la capacidad de los y las profesionales sanitarios para detectar signos e indicadores de violencia de género, conviene apuntar que en aquellos casos en los que no se produce una detección precoz de la situación de maltrato o violencia se corre el riesgo de que la mujer sea diagnosticada con otras patologías (trastorno mental grave, fibromialgia,...); lo cual, además de incidir negativamente en su salud física y mental, limita aún más las posibilidades de que se identifique la causa real de su malestar y, en ocasiones, puede llegar a condicionar su credibilidad como víctima.

> *"Y luego, hacia salud mental, sería muy importante el tema de los diagnósticos, que a veces se hacen diagnósticos muy precipitados, por ejemplo, en puerta de urgencias, y se le coloca un diagnóstico de trastorno de personalidad, porque vienen realmente muy afectadas, o de trastorno bipolar, y eso luego le perjudica a la hora de los juicios con los hijos, que incluso le pueden llegar a quitar la custodia. Y realmente esa mujer no tiene ese problema, sino que en ese momento está teniendo los síntomas..." (G-1)*

Gráfico 20. Conozco cómo realizar las preguntas adecuadas para detectar un caso de violencia de género (%)

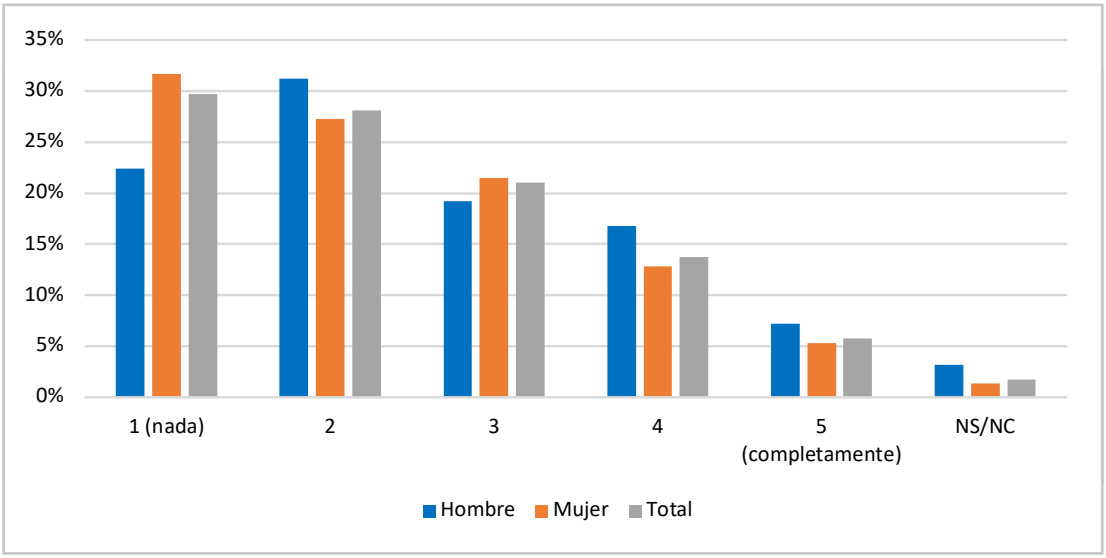
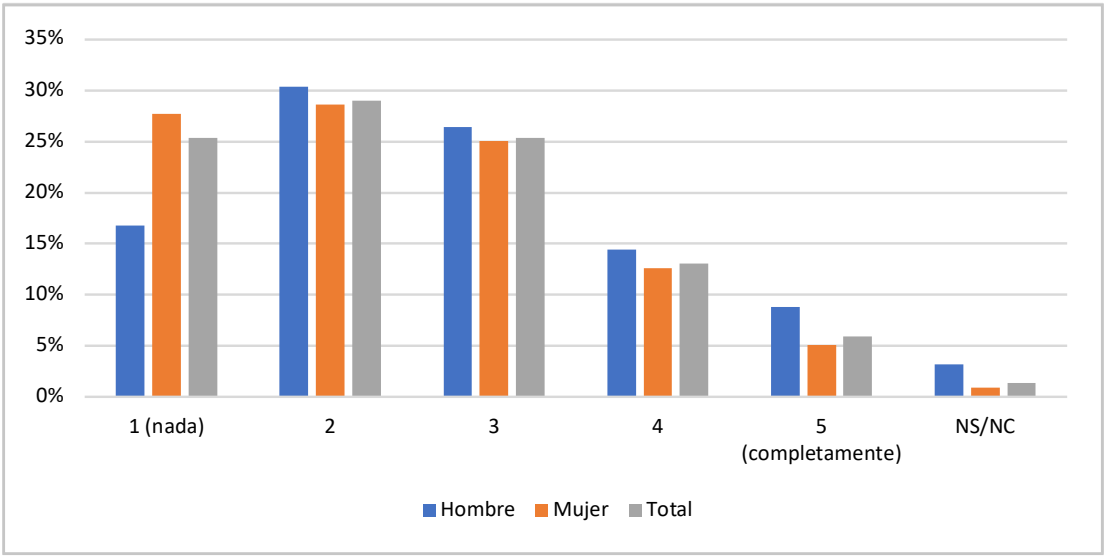


Gráfico 21. Estoy preparado/a para responder apropiadamente cuando una paciente refiere ser víctima de violencia de género (%)



Una de cada tres personas que ha cumplimentado la encuesta ha señalado no conocer "nada" acerca de cómo realizar las preguntas adecuadas para detectar un caso de violencia de género; por su parte, una de cada cuatro considera que no está "nada" preparada para responder apropiadamente cuando una paciente refiere ser víctima de violencia de género. Si a estos porcentajes se les suma el de aquellos que se sitúan en la posición 2, en ambas afirmaciones se aglutina a más de la mitad del total de la muestra. Si bien no hay grandes diferencias por razón de sexo, resulta llamativo, nuevamente, que sean las mujeres quienes perciban disponer de un menor conocimiento en estos ámbitos.

Gráfico 22. Puedo determinar el grado de peligro en una paciente que sufre violencia de género (%)

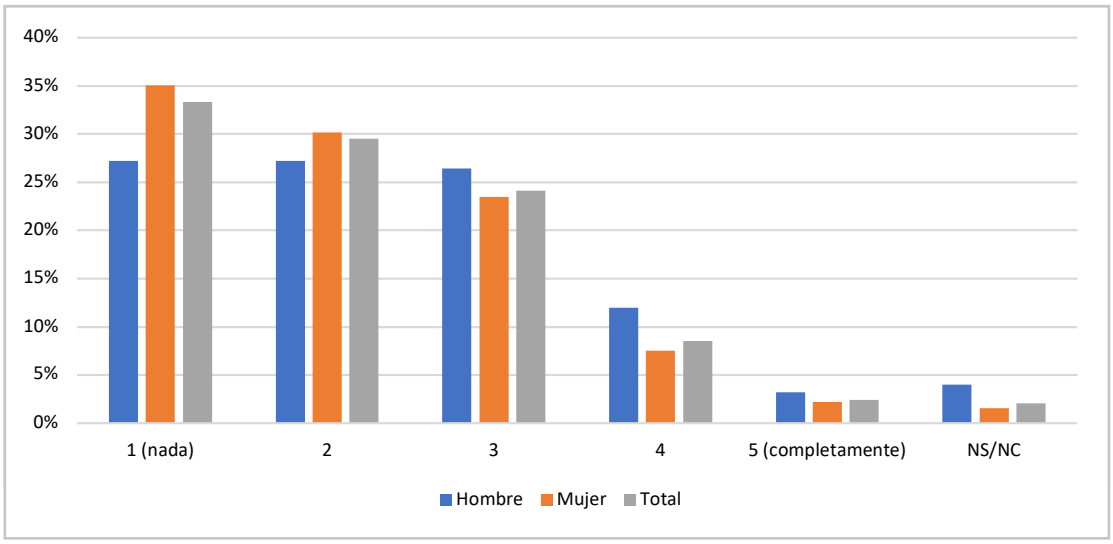
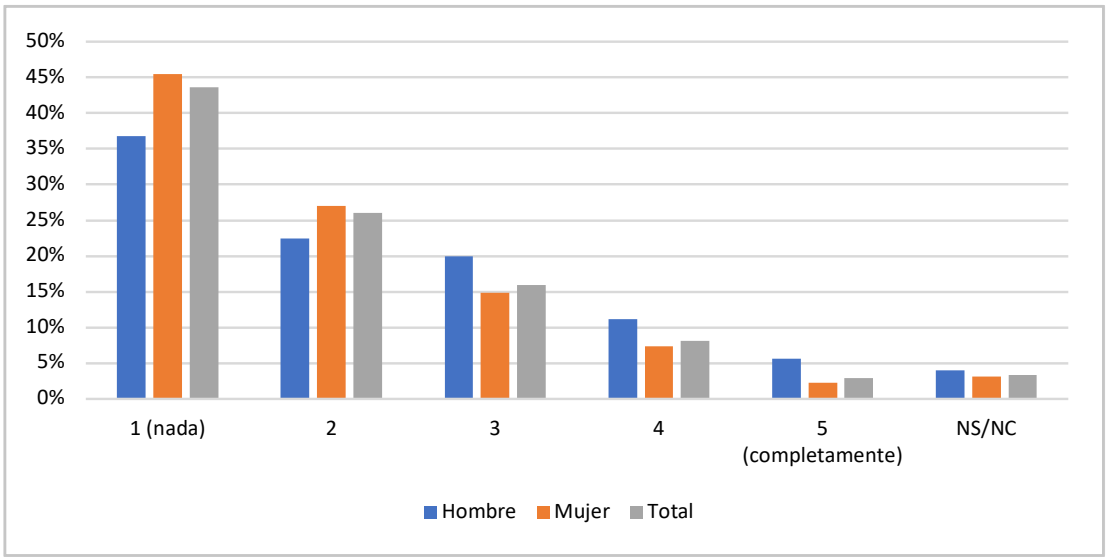
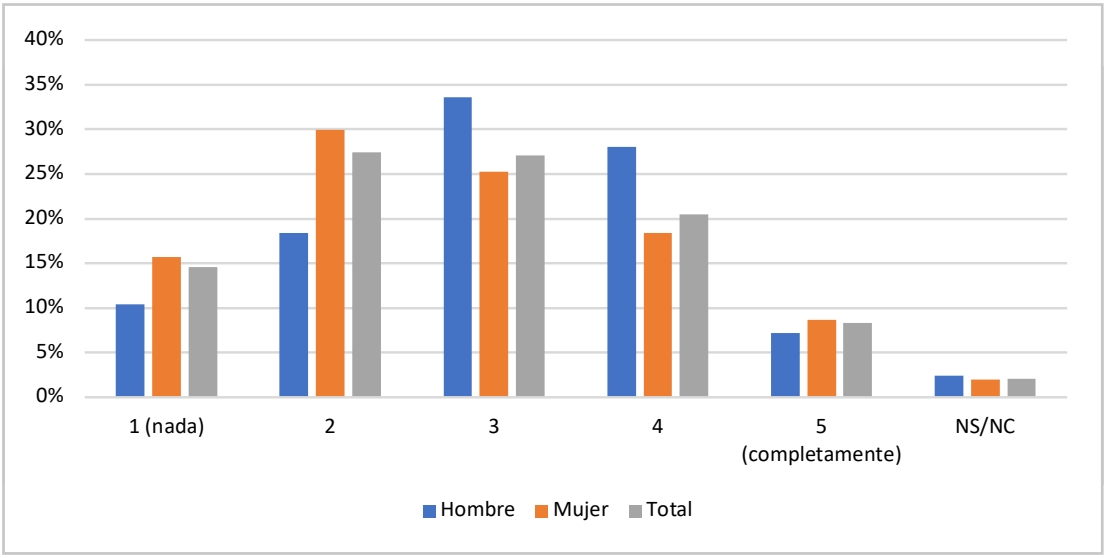


Gráfico 23. Conozco cómo documentar la historia de violencia de género y los hallazgos del examen físico en la historia clínica (%)



En relación a la capacidad percibida entre los y las profesionales sanitarias para determinar el grado de peligro en una paciente que sufre violencia de género, 6 de cada 10 personas encuestadas (posición 1 y 2) señalaron no poder hacerlo. En la misma tendencia, casi el 70% de los y las participantes en la encuesta indicaron no conocer cómo documentar la historia de violencia de género y los hallazgos del examen físico en la historia clínica. Ante ambos indicadores del conocimiento disponible para abordar la violencia de género de la práctica profesional, menos de un 3% de la muestra señaló disponer de las competencias necesarias ("completamente").

Gráfico 24. Ante un caso de violencia de género, soy capaz de adaptar mi actuación a las necesidades de la víctima (%)



Preguntadas por su capacidad para, ante un caso de violencia de género, adaptar su actuación a las necesidades de la víctima, un 42% de las personas entrevistadas se muestra muy negativa (posiciones 1 y 2); mientras que casi una de cada tres sí se percibe capacitada (posiciones 4 y 5) para esta tarea (27% de las mujeres y 35% de los hombres).

Durante las entrevistas y grupos focales realizados, han sido múltiples los y las participantes que han apuntado al desconocimiento generalizado sobre las implicaciones que tiene, tanto para el profesional como para la mujer, el inicio de un procedimiento de violencia de género como el principal factor para la inacción de los y las profesionales sanitarias. El miedo ante un proceso que perciben como complejo y del que señalan desconocer sus consecuencias, llevaría a una parte del personal sociosanitario a mirar hacia otro lado ante posibles casos de violencia de género y actuar únicamente cuando las consecuencias sobre la salud de las víctimas resultan muy evidentes.

"La duda que tiene más la gente es a nivel legal, por decirlo de alguna manera. En el momento de "tengo que...", además, es el miedo que da, que hace que mucha gente no actúe. Yo siempre que he podido, hemos metido a un fiscal o alguien de Derecho, porque creo que es ahí donde la gente tiene muchas dudas" (Entrevista)

"Ahí es donde está, ahí empieza un compañero: "pues hay que poner un parte de lesiones, pues hay que llamar al juez" ... y ahí es donde veo que hay una laguna más grande, creo que eso debería quedar mucho más claro. Yo creo que lo que más... no es que asuste, sino lo que retiene a la gente, es decir: "mira, yo estoy ante una mujer que me huelo que por aquí hay algo, pero si me meto me voy a meter en un lío... que, si denuncio porque denuncio, si no denuncio porque no denuncio, mejor miro para otro lado y ya veremos". Creo que es el principal problema. Tenemos que crear una responsabilidad social y tiene que aclararse bien cuál es nuestro papel. Mientras que no se aclare, pues seguiremos así. Estará quien piense que "esto no puede ser" y el que piensa que le da

igual y que mientras que no venga diciendo explícitamente "me pega", yo no pregunto, porque si pregunto me voy a meter en un problema. Eso es en general lo que nos dicen los compañeros" (Entrevista)

"Yo creo que hay un cierto nivel de ignorancia, en cuanto a que "si clicas este botón del SELENE, ¿qué se activa?". De hecho, yo no tengo muy claro qué es lo que se activa. Simplemente parece como si fuese una información que tú estás dejando constancia en el propio sistema, pero de ahí a otro salto, a otro sitio..." (G-1)

"De hecho, por muchos adjuntos de la puerta de urgencias puedo decir que me dirían, si les preguntas a ellos cómo actuar, me dirían "mándalo al médico de cabecera". O sea, que dejarían pasar el tema, no mojarse porque tampoco sabrían cómo hacerlo, y directamente dirían que vaya a su médico de cabecera y se lo diga, o sea que..." (Entrevista Residente 2)

Junto al miedo a las propias implicaciones y consecuencias de actuar ante un caso en el que se sospecha o se conoce una relación de violencia, en todos los grupos focales realizados, así como en buena parte de las entrevistas, se ha insistido igualmente en que **no se dispone de manera amplia de un conocimiento suficiente para entender cuál es, en cada momento del proceso, la actuación más apropiada para asegurar una atención correcta a la víctima**. El posible conflicto que puede producirse entre los deseos y tiempos de la víctima y las exigencias del protocolo o la legislación, constituyen otro ámbito en el que los y las profesionales se muestran carentes de formación y apoyo.

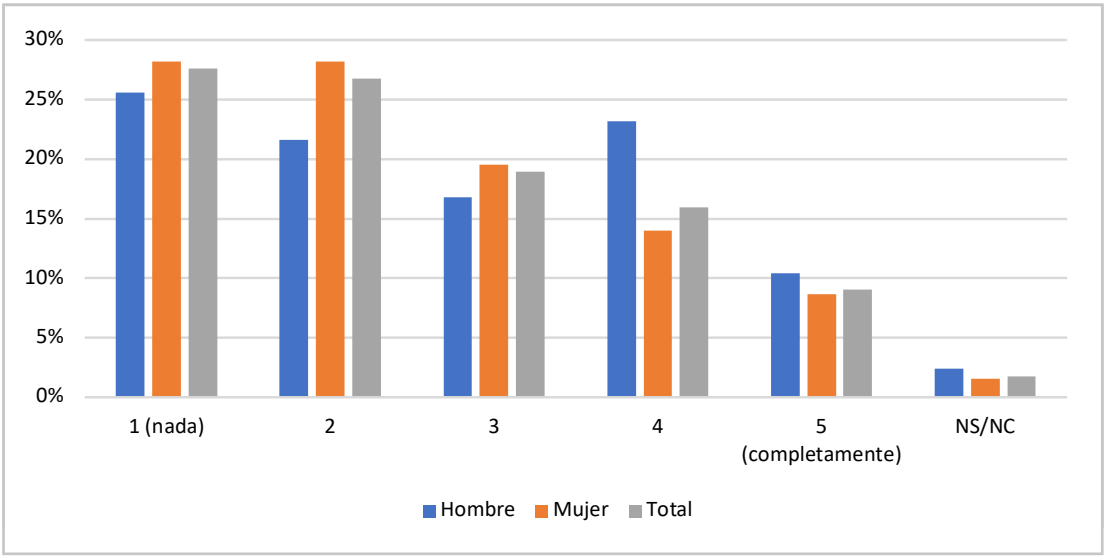
"Por supuesto que te manifiestan esta inseguridad: "me estoy metiendo en un terreno...". A veces, por ejemplo, el poner la denuncia o no, cuando ellas te dicen que no. Ahí hay mucho debate, ¿ahí, cuándo la haces? Pues cuando perdieran la integridad física, por supuesto, cuando hay una lesión... Hay momentos en los que la mujer, tú la conoces, te dice: "mira, no, no estoy en el momento de ir a poner una denuncia a mi pareja". Y te la cargas completamente si pones una denuncia sin su consentimiento. Tienes que ser muy respetuosa con ella, trabajar con ella, si hay que poner una denuncia ver cuándo..." (Entrevista)

"Yo creo, otra de las [dudas] que en alguna de las reuniones teníamos en el propio centro era si la paciente no acepta dar parte de todo esto que estamos hablando, claro, porque esto es otro punto. Un punto de: ¿estamos haciendo un trabajo terapéutico? ¿O simplemente estamos recogiendo información y dando parte de algo que está ocurriendo a una persona en concreto? Entonces había, sobre todo por parte del equipo de psicología [la indicación de]: "no, hay que respetar la decisión de la mujer, si no se quiere derivar a ningún sitio no se deriva a ningún sitio", y no se derivaba a ningún sitio. Por eso te digo que la información que tenemos es todo muy en nube, entonces te quedas al final como en un vacío" (G-1)

"El parte, como las pastillas que mandamos, tenemos que verle cosas a favor y en contra. Tenemos que ver la parte negativa y considerarla cuando lo esta-

mos haciendo. (...) Si tú ves que ellas están en riesgo vital, y no se dan cuenta, en ese caso sí. Ahí, lo siento, les sirva [al sistema judicial, los jueces] para más o para menos hay que parar (...) Así que, cuando tú veas una cosa que te parezca suficientemente grave, tienes que poner la denuncia, pero hay otras situaciones que lo ideal sería consensuar cuándo hacer el parte. Es buscar el mejor momento para hacerlo (...) Yo al final optaría por lo que creo que es mejor para mi paciente. Porque... los objetivos del sistema judicial no coinciden con los nuestros, sanitarios" (Entrevista)

Gráfico 25. Conozco los dispositivos y recursos disponibles para derivar a víctimas de violencia de género (%)

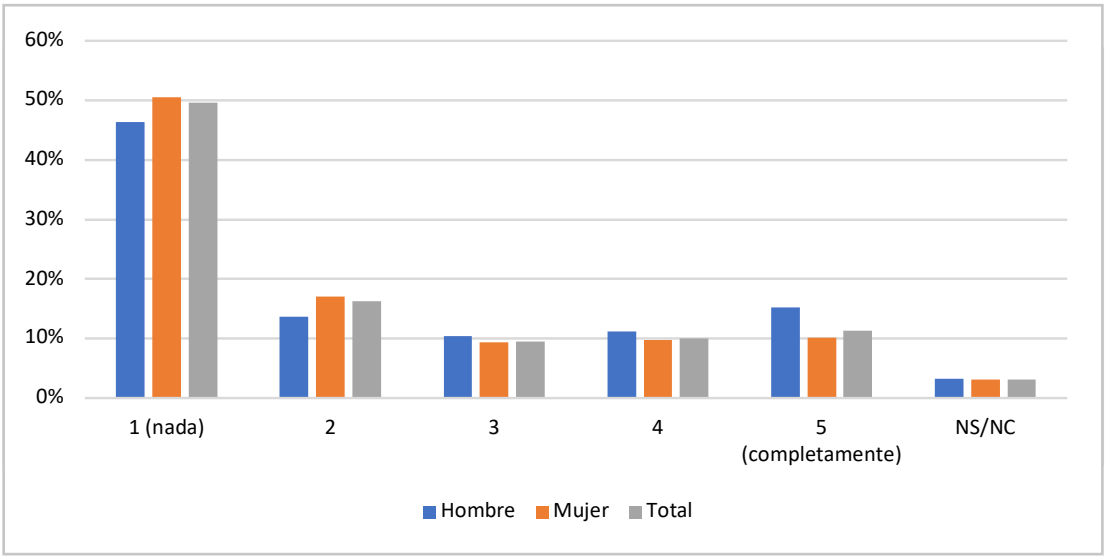


Uno de cada dos profesionales que ha cumplimentado la encuesta **señalaron disponer de un conocimiento muy limitado** (posiciones 1 y 2) **sobre los dispositivos y recursos disponibles para derivar a mujeres víctimas de violencia de género**. El desconocimiento, más o menos generalizado, entre el personal sociosanitario de estos recursos ha sido señalado dentro de los grupos focales como un elemento que desmoviliza o desincentiva la actuación ante posibles casos de violencia de género.

"Yo lo que también echo en falta, por ejemplo, cuando se deriva una paciente, que vosotras decís que sí hacemos seguimiento a las personas derivadas al CAVI, pero yo por ejemplo no, no sé lo que pasa con esa persona (...) O sea, que yo no sé qué trabajan, resultados, si una persona da el paso, si es efectivo, si no...; si, por ejemplo tiene... está sujeta al tema económico por la pareja, si el mero hecho de decir "me separo de esta persona", si hay apoyo social, si hay un presupuesto social para que esta persona dé el paso, qué recursos realmente existen. Porque está muy bien el tema de "te derivo", pero ¿hay recursos detrás para que tú des esa información, que esa persona dé el paso, para que luego la dejes tirada? Esa falta de información, es la que a mí me gustaría que me llegara. Cuántas mujeres dependen de un sueldo del marido, cuánta gente. No sé si se puede permitir mantener a una persona que ha denunciado... sí,

te ponen un piso, pero de qué va a vivir. O sea, información sobre qué consecuencias va a tener sobre la vida de esa persona, qué recursos va a tener a su alcance. Sobre todo, es el miedo a que, a lo mejor, la mujer que quiere denunciar, debería también yo saber para decir... sí hay recursos" (G-3)

Gráfico 26. Conozco que en mi centro hay una persona responsable o coordinadora de violencia de género y sé cuáles son sus funciones (%)



El 50% de los y las entrevistadas señala no conocer la existencia en sus centros de una persona responsable o coordinadora de violencia de género ni cuáles son sus funciones. Este dato viene a incidir en los resultados obtenidos en el trabajo de campo cualitativo: informantes estratégicos y participantes en grupos focales han insistido en el poco conocimiento que existe en torno a esta figura entre el personal sociosanitario.

Además, en relación a esta figura, se ha insistido en que sería conveniente, por un lado, dotarla de un mayor reconocimiento y de unas funciones más específicas, evitando que la labor de la misma dependa del compromiso e interés de la persona que la ejerza; por otro, facilitar formación y recursos a quiénes ocupen estas tareas de coordinación.

"Sí es cierto que os he hablado de ciertas profesionales en cada uno de los centros que han estado liderando esta perspectiva en sus equipos, que se llaman responsables de violencia de género. Esa responsable como tal, bueno, la llamamos responsable pero no tienen ningún reconocimiento de ningún tipo y lo hemos discutido muchas veces. Para que tengan el poder, para poder dirigirse al equipo en representación de la Institución, que es el Servicio Murciano de Salud, y pedir determinadas cosas, o proponer cuestiones en el centro, de dinámicas de trabajo, y que se les escuche. A nivel incluso gerencial, todo este trabajo que yo digo que he estado haciendo en este tiempo ha sido porque voluntariamente yo he tirado pa' lante, pero no he tenido ningún reconocimiento de nada" (Entrevista)

"Como siempre, en algunos sitios funciona muy bien y en algunos sitios le colocan el título a alguien porque sí o al último que ha llegado. Eso sí, es verdad que es una figura que sería importantísimo poder destacar" (Entrevista)

"Ahora ya, en los centros de salud, también recuerdo, ya hay una persona encargada de violencia de género, entonces ese es el nexo, y el trabajador social, del centro de salud. Digamos que son nuestros nexos para ponernos en contacto allí. Es verdad que no está muy bien engrasado, porque no nos funciona. De hecho, no nos llegan tantos desde esa figura. Creo que esa figura es la que tenemos que empezar a trabajar, creo que esa figura es la que tiene que articular ese tipo de "se intuye situación de maltrato, violencia de género" (Entrevista)

"Está bastante apagada y diluida en este momento [esa figura]. Esto necesita estar atentos. No se puede delegar, y más con la pandemia, no se puede delegar en los equipos que ellos solos... Sí, es verdad que ya había un rodaje, una rueda que ya iba moviéndose, pero mi sensación es que esto necesita caña. Esto necesita ponerse en marcha, continuar con la formación y sobre todo con la sensibilización" (Entrevista)

"Y luego también la formación a las personas que sean los responsables y referente, no solo decirles "hale, tú te encargas", sino que a esa persona hay que facilitarle algo [de formación]" (G-1)

Por último, en relación al conocimiento entre el personal del Servicio Murciano de Salud sobre cómo actuar durante el ejercicio profesional ante un caso de violencia de género, se considera relevante señalar que, tanto en los grupos focales como en las entrevistas se ha señalado que ésta sigue teniendo un marcado carácter individual y autodidacta, quedando muy vinculada al compromiso del o la profesional, a su sensibilización e interés.

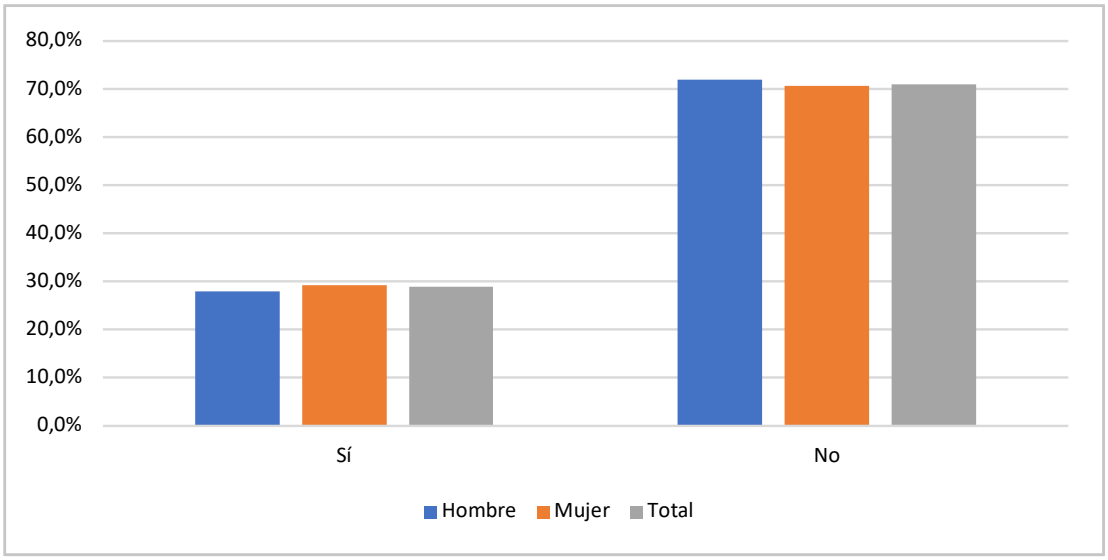
"Yo qué sé, yo, porque me he ido formando, he ido leyendo cosas sobre esto, pero por mi cuenta y por mi interés personal. Creo que es algo muy autodidacta, de buscarlo tú, de encontrarlo tú y decir "ah, vale, lo tengo presente para la próxima vez cuando tenga que hacerlo" (Entrevista Residente 2)

"En mi experiencia personal, en salud mental, en violencia de género, rascas y encuentras. Depende ya de la sensibilidad del profesional, que te quieras meter más o que te quieras meter menos. Que te interese más o menos la formación, que te inquiete más el tema y te apetezca formarte. Exigencia por parte de los servicios no tenemos ninguna, incluso también depende del servicio en que estés, si gusta más, gusta menos" (G-2)

3.3. FORMACIÓN REALIZADA EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y VALORACIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

En este epígrafe se recoge la información obtenida en relación a la formación realizada sobre violencia de género por parte del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud, así como de la valoración que éste realiza de la oferta formativa en esta materia, impulsada y desarrollada por la Unidad de Desarrollo Profesional.

Gráfico 27. ¿Ha realizado algún tipo de formación en violencia de género en los últimos 10 años? (%)



En relación a la formación realizada en violencia de género durante los últimos diez años (período que viene a coincidir, además, con el aumento de la oferta formativa y de un mayor interés público y profesional sobre el tema), **algo más del 70% de los y las encuestadas señaló no haber realizado ninguna**. Hay una pequeña diferencia entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que declararon haber realizado algún tipo de formación en mayor medida (29,3% respecto al 28%), pero que no resulta especialmente significativa.

No obstante, a través de la información obtenida en el trabajo cualitativo, tanto en las entrevistas a informantes como en los grupos focales, se señaló de manera unánime una mayor presencia de mujeres en la formación en violencia de género, lo que también se constata a partir de los datos de registro de participantes en cursos sobre esta materia ofrecidos por la Unidad de Desarrollo Profesional, en los que más del 70% de los y las participantes fueron mujeres. Esta mayor presencia de mujeres en la formación sobre violencia de género es coherente con su peso en la plantilla del Servicio Murciano de Salud, pero también indica seguramente un mayor interés o predisposición de las mujeres a formarse en este ámbito.

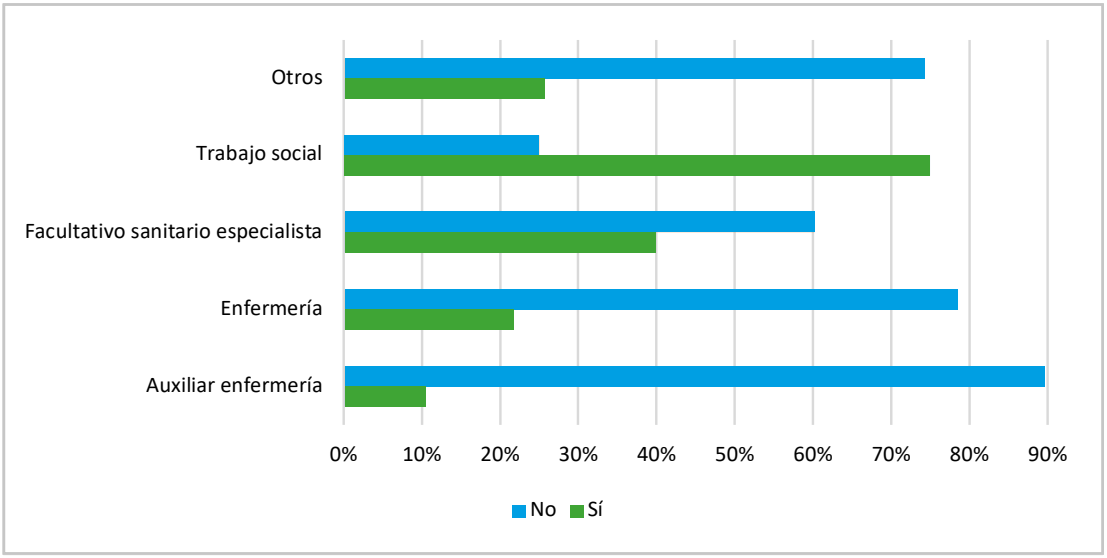
Además, también la edad y/o los años de experiencia en el sistema de salud son una variable que condiciona una mayor implicación o participación en la formación sobre violencia de género. Así, un 43,3% de quienes señalaban en la encuesta tener entre 1 y 5 años de experiencia frente a un 24,2% de quienes declaraban tener entre 11 y 20 años de experiencia indicaban haber realizado formación en este ámbito durante el último

decenio. En este sentido, también en el trabajo cualitativo se ha señalado que una mayor presencia de los y las profesionales más jóvenes o con menos años de experiencia en el Servicio Murciano de Salud en los programas y cursos se debe, entre otras causas, a una mayor cercanía y sensibilización del personal más joven con el tema abordado, así como a la necesidad de contar con más experiencia formativa para su consolidación profesional, dada la fase temprana de su trayectoria y su habitual situación laboral de temporalidad.

> *"Los más predispuestos: matronas, trabajadoras sociales... médicos de familia menos. ginecólogas..., he notado que ahora, las más jóvenes, -digo más porque la mayoría son mujeres- también tienen muchísima sensibilidad. Y cuando trabajas con eso -porque ya he dicho que trabajo con residentes- cuando trabajas con ellos desde el principio, cuando se están formando, en estos temas, noto que luego se quedan con una sensibilidad" (Entrevista)*

> *"También piensa que la formación está unida, por desgracia, a tener puntos para la bolsa, para oposiciones... entonces claro, los más jóvenes tienden a la formación por eso" (Entrevista)*

Gráfico 28. ¿Ha realizado algún tipo de formación en violencia de género en los últimos 10 años? (%)



En relación al puesto de trabajo ocupado en el Sistema Murciano de Salud, entre quienes señalaron haber realizado más formación en violencia de género durante los últimos diez años, **destacan los y las trabajadoras sociales (75%), los y las facultativos sanitarios especialistas (39,8%) y el personal de enfermería (21,6%)**. Esta mayor participación de algunas ocupaciones o colectivos se desprende también del trabajo cualitativo realizado a través de los grupos y entrevistas.

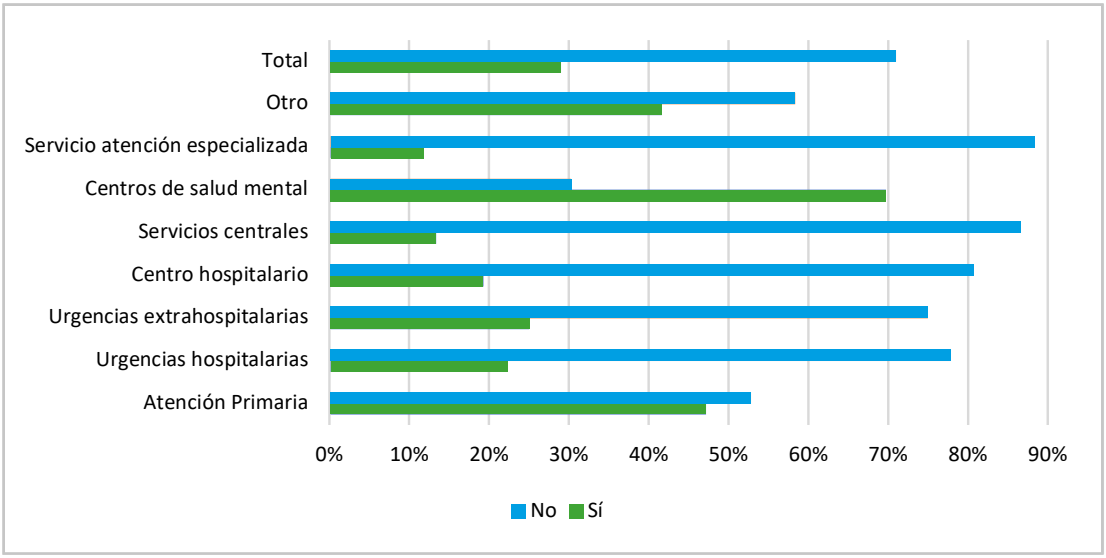
> *"Mi experiencia personal ha sido que la participación de psicología, trabajo social y enfermería era súper activa. La de psiquiatría no tanto, con honrosas excepciones" (Entrevista)*

"Los enfermeros son bastante más sensibles, porque el tema de los cuidados y la atención está mucho más desarrollado. Entonces es más fácil, para mí es más fácil hacer un curso y, cuando pongo solo médicos, iuf!, qué trabajo me cuesta llenarlo, cuando pongo médicos y enfermeros, me lo aseguro. Y luego, las matronas, sí que están muy orientadas, las matronas, los ginecólogos no" (Entrevista)

Una de las razones que algunos profesionales sanitarios identificaron como dificultad para realizar formación de manera continuada y regular, tanto en materia de violencia de género como en otros temas -y que se señaló de manera significativa en el grupo focal realizado con enfermeras-, es la situación de temporalidad laboral y, en ocasiones, excesiva rotación entre centros y servicios que afecta de forma singular al personal de enfermería.

"...por falta de implicación y lo que he dicho antes de la temporalidad. Porque yo no he podido estar en un sitio que diga: "estoy aquí, voy a hacer esto". Yo tengo ganas de hacer muchas cosas pero no puedo llevarlas a cabo porque no... estoy aquí y mañana estoy allí, y cuando tú te metes en eso, (...) tú tienes que ofrecer un seguimiento, (...) y todas esas cosas pues... no te puedes comprometer" (G-3)

Gráfico 29. ¿Ha realizado algún tipo de formación en violencia de género en los últimos 10 años? (%)

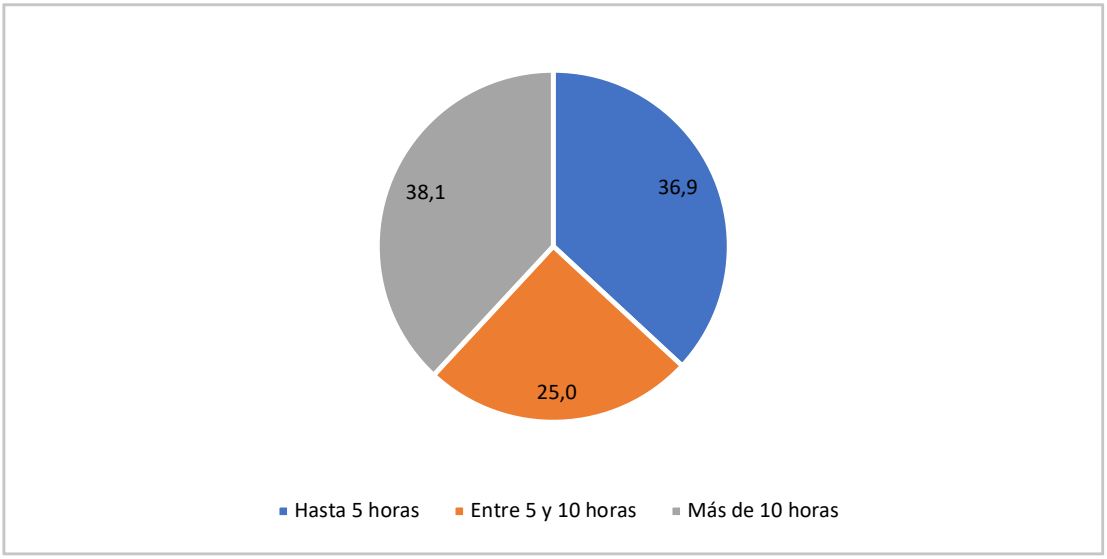


También se aprecia una desigual participación en formación en violencia de género en función del lugar de trabajo de los y las participantes. Los y las encuestadas que trabajan en **Centros de Salud Mental y de Atención primaria son los que afirmaron haber realizado formación en violencia de género en mayor medida**, con casi el 70% y el 53% respectivamente. Esta mayor participación también fue apreciada por los y las participantes en las entrevistas y grupos focales. Además, apuntaron que en ambos ámbitos la formación (aunque con diferencias notables entre centros) se encuentra más integrada e incorporada en la jornada laboral, independientemente del tema abordado.

Por otro lado, también el personal de los **servicios de urgencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias, señaló haber realizado más formación que otros profesionales** (25% y 22%, respectivamente). En este sentido, en el trabajo de campo cualitativo se destacó el interés que los y las profesionales de urgencias mostraban en formarse en este ámbito al tratarse de una puerta de entrada al sistema sanitario. Por último, menos del 20% de los y las profesionales que prestan servicio en un centro hospitalario (aunque seguramente convendría prestar atención a la especialidad, dato que la encuesta no contemplaba) señaló haber recibido formación en violencia de género.

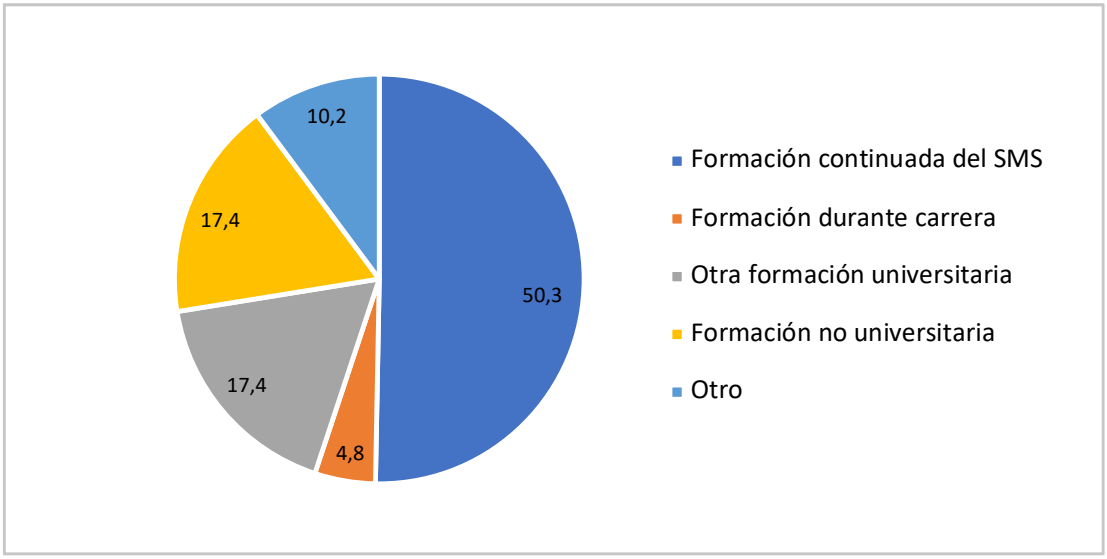
> *"Pero yo creo que la mayoría no, yo creo que la demanda que yo percibo es, generalmente de mujeres del mundo sanitario. De algunas especialidades, las especialidades hospitalarias, no hay demanda: es muy extraño que un endocrino -digo endocrino porque es el primero que me viene a la cabeza- que haya demanda. Por ejemplo, trauma me sorprende. Pero es así, pero no hay demanda o al menos no hay una gran demanda. Hay más demanda en un perfil de mujer de centro de salud, de puerta de urgencias, y a lo mejor de obstetricia y poco más" (Entrevista)*

Gráfico 30. Nº estimado de horas de formación en violencia de género (%)



Las personas encuestadas que señalaron haber realizado formación en violencia de género durante los últimos diez años fueron preguntados también por la duración y el tipo de dicha formación, entendiendo por tal fundamentalmente el ámbito o institución responsable de haber ofertado la formación. En relación a la duración, un 38,1% de los y las participantes indicó haber realizado más de 10 horas de formación, un 25% afirmó haber recibido entre 5 y 10 horas y el 36,9% restante señaló haber realizado menos de 5 horas de duración.

Gráfico 31. Tipo de formación realizada (%)



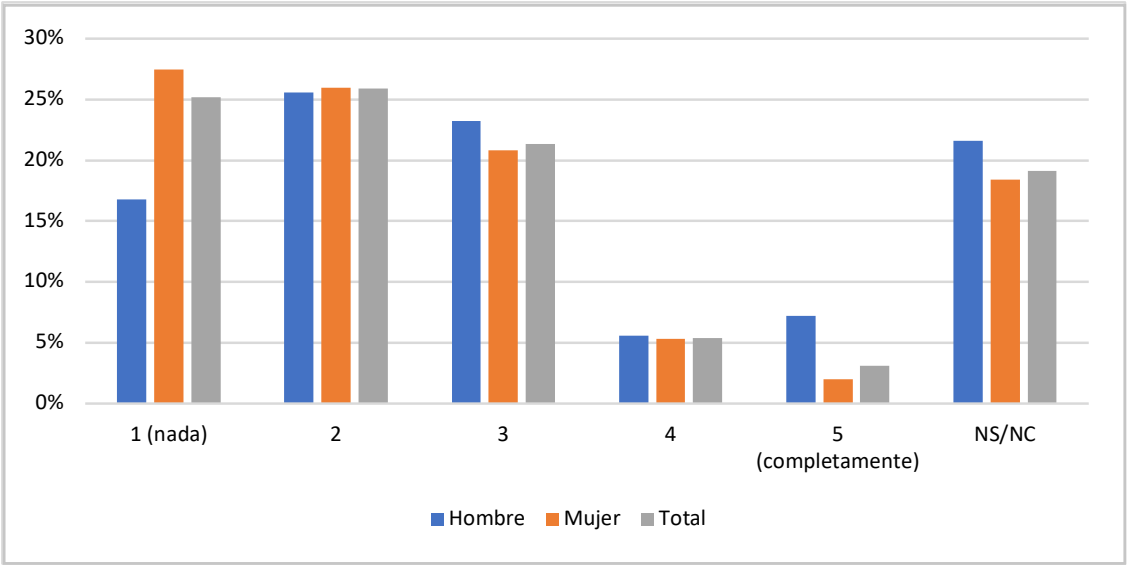
De acuerdo al tipo de formación realizada, algo más de la mitad de los y las encuestadas (50,3%) indicó que la formación fue proporcionada por los servicios de formación continuada y desarrollo profesional del Servicio Murciano de Salud. Por otro lado, un porcentaje idéntico (17,4%) señaló haber recibido formación en violencia de género, bien, a través de algún tipo de formación universitaria reglada distinta a la de la carrera -como podrían ser los másteres propios y oficiales, los cursos de posgrado y de especialista-, bien en otros ámbitos formativos no universitarios (seguramente formación realizada en jornadas, cursos y congresos, fueran o no relacionadas con su ámbito profesional).

Significativamente, menos del 5% de las personas encuestadas señaló que la formación se había realizado durante la etapa universitaria previa a graduarse, lo que indudablemente tiene que ver, por un lado, con el peso tanto en la muestra como en la plantilla del Servicio Murciano de Salud de los grupos de edad de 36 a 45 y de 46 a 55 años (grupos de edad que tienen la formación universitaria más distante de ese período de diez años que se tomaba de referencia para la formación), y, por otro, con la poca presencia de formación en violencia de género durante la carrera universitaria identificada durante el trabajo.

> *"Nadie nos da información sobre eso [la relación entre violencia de género y desarrollo de trastornos de salud mental], no hay un programa docente, por lo menos hasta donde yo sé, en la unidad de salud mental, que es la que coordina nuestra formación, no aparece como tal. (...) Ahí no hay un programa formativo que te oriente a eso, ni por ejemplo lo que ha comentado mi compañera de habilidades de entrevista en una mujer que acude a la puerta de urgencias por una situación de maltrato, por una violación o por una agresión, no hay. Ya no solamente con mujeres, hablamos de niñas... (...) la necesidad ya no sólo es... que habría que partir de ahí, pero ya no es solamente una mujer de mediana edad que tiene una pareja y que la agreden o que la violan, es todo lo que hay antes, que tampoco se incluye y que hay muchísimos casos" (G-4)*

Los siguientes resultados se refieren a la **valoración de la oferta formativa** sobre violencia de género realizada por el Servicio Murciano de Salud.

Gráfico 32. La oferta de cursos y programas en violencia de género es suficiente (%)



En relación a la valoración sobre la suficiencia de cursos y programas ofertados sobre violencia de género, en general los y las encuestadas **consideran la oferta formativa como insuficiente**. Tan sólo el 8,5% de quienes contestaron a la encuesta valoraron como completa o suficiente dicha oferta de cursos (posiciones 4 y 5). Por otro lado, más de la mitad de los y las encuestados (51,1%) señalaron como nada o poco suficiente (posiciones 1 y 2) la oferta formativa del Servicio Murciano de Salud. De manera significativa, casi uno de cada cinco personas encuestadas (19,1%, con una mayor representación de varones) no quisieron o no supieron valorar la suficiencia de la oferta formativa en violencia de género, lo que evidencia el desconocimiento sobre la misma. Asimismo, resulta significativo que fueron las mujeres las que señalaron en mayor medida como insuficiente la oferta de cursos y programas de formación en violencia de género.

Entre los y las participantes en los grupos focales se señaló la necesidad de ampliar la oferta de cursos en relación a distintos aspectos: por un lado, ampliar las plazas de algunos cursos, cuyo cupo, señalaban, se completaba pronto; por otro lado, ofertar los cursos con mayor regularidad, para dar más opciones a quienes por razones personales (conciliación, horarios) o profesionales (guardias, turnos) no pueden cursarlos si se ofertan con poca periodicidad (anual o semestralmente); por último, también se insistió en la necesidad de poder incluir a otros profesionales en algunos cursos que están restringidos para un solo colectivo sanitario, pero cuyos contenidos, enfoque y orientación pudieran resultar de interés y utilidad para otros.

> *"Porque, además, luego a la hora de dar los cursos también tienen en cuenta el perfil del profesional, que es un poco peliagudo, porque a lo mejor no te dejan entrar en todas las sesiones por el tema del cupo, entonces a lo mejor da prioridad a los médicos, ginecología, atención de urgencia... y enfermería se quedaba un poco a la cola, entonces a lo mejor de cuatro sesiones participamos en*

dos. Se indicaba, decían "este grupo...", entonces dejaban entrar a un colectivo y a otros no. También porque hay mayor implicación a la hora del abordaje [de los casos de violencia de género], pero yo creo que toda información es bienvenida, que luego uno sabrá hasta dónde tiene que llegar..." (G-3)

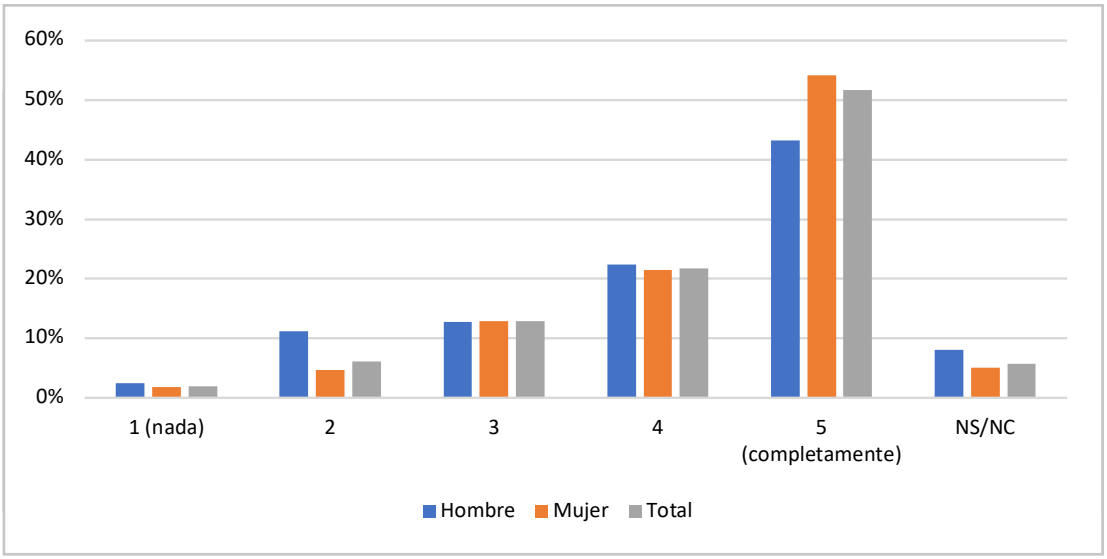
"Para empezar tendría que haber más oferta de cursos. No uno al año para, a lo mejor, 20 personas, porque al final o no te da tiempo porque tienes guardias o porque tiene cosas, o no quedan plazas y son 20, una vez al año, o 25, o las que sean, pero me parece que son insuficientes. Me parece que deberían despertar más la posibilidad de hacer el mismo curso varias veces a lo largo del año u ofrecer más cantidad de cursos, aunque fueran distintos, pero que al final el trasfondo fuera por tratar la violencia de género" (G-4)

Particularmente en el grupo focal realizado con personal sanitario en formación (MIR y EIR) se refirió que la formación realizada sobre violencia de género que han recibido ha sido escasa –y algunos señalaban no haber recibido ninguna- y de poca utilidad para su desempeño profesional. Coincidieron también en señalar la poca información recibida sobre formación en este ámbito, independientemente del canal o cauce utilizado. Aunque debemos recordar que cuatro de los siete participantes eran residentes de primer año y, por tanto, esos déficits de formación e información pudieran tener bastante que ver con el momento temprano de su etapa formativa como residentes, y que sólo se realizó un grupo focal con personal en formación y, por tanto, no tiene carácter representativo del conjunto, parece pertinente señalar la carencia percibida.

"Yo aquí [pues tenía experiencia laboral en otro sistema sanitario donde sí la había recibido] es verdad que no he recibido [formación] ni de residente, de residente no he recibido nada, ni nadie me ha explicado qué tengo que hacer si pasa algo, ni sé dónde me tengo que dirigir ni nadie me ha dado nada. Estuve hace poco [en otra formación sobre acoso sexual al personal] y ahí sí que estuvimos preguntando si se podía dar algún tipo de formación, porque ni si le pasa al paciente ni si nos pasa a los compañeros, no sabíamos dónde nos tenemos que dirigir" (G-4)

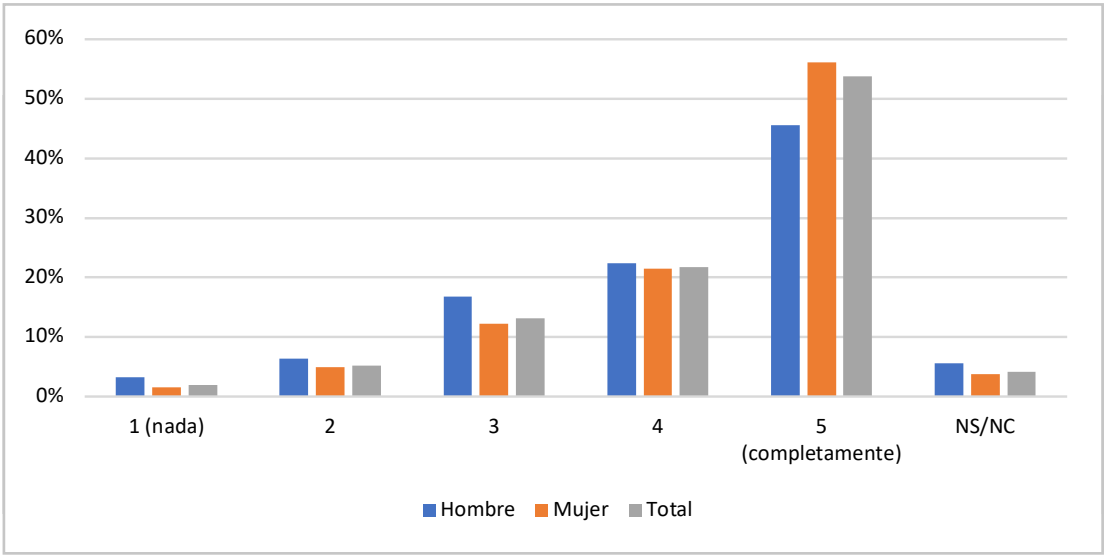
"Yo formación específica como tal creo que no he recibido nunca. Sé que en la carrera de Medicina, en la asignatura de Medicina legal había un pequeño apartado donde se hablaba de violencia de género, pero eran cuatro cosas contadas. Y a lo mejor he asistido a un seminario, alguna charla, donde se ha incluido alguna cosa concreta de eso. Formación específica, ni en la carrera ni en la residencia, lo único que sé es el botón, en la guardia de puerta que tuvimos, que llegó una mujer y mencionaba un maltrato, el botón del SELENE al que le tengo que dar para hacer formularios de violencia de género. O sea, eso es todo lo que yo sé ahora mismo como residente, de violencia de género" (G-4)

Gráfico 33. La oferta formativa sobre violencia de género me parece de interés (%)



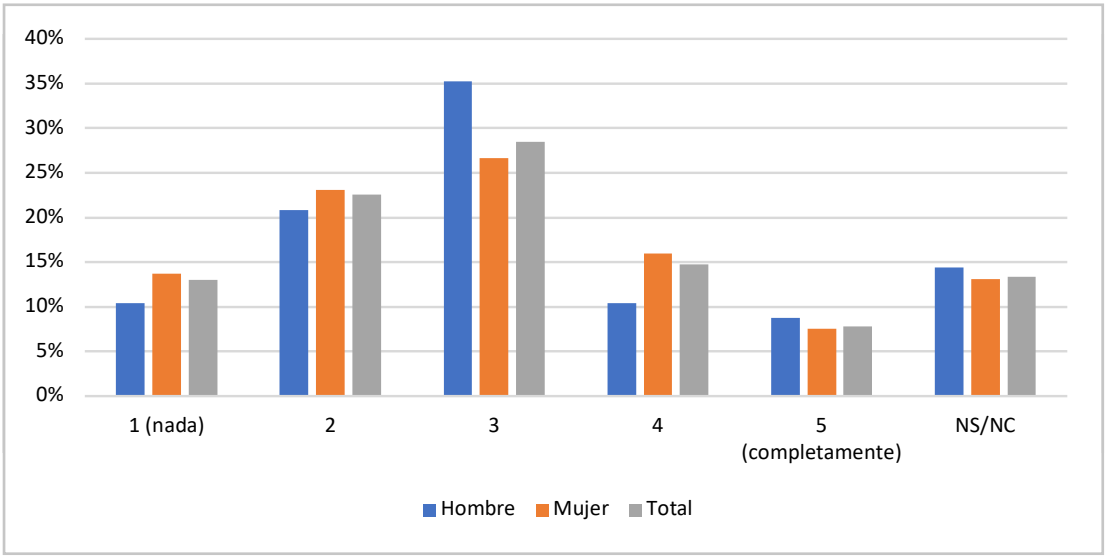
Con relación a la apreciación del interés de la oferta formativa sobre violencia de género, la mayoría de las personas encuestadas la valoraron como bastante o muy interesante, agrupando el 73,4% de las respuestas, destacando además que la respuesta mayoritaria elegida tanto por hombres como por mujeres (aunque con diferencias significativas) fue la de considerar la oferta formativa como muy o completamente interesante. Un número muy escaso de los y las encuestadas (menos del 2%) señalaron que la oferta formativa sobre violencia de género carecía de interés alguno.

Gráfico 34. La oferta formativa sobre violencia de género me parece de utilidad para el ejercicio de mi actividad profesional (%)



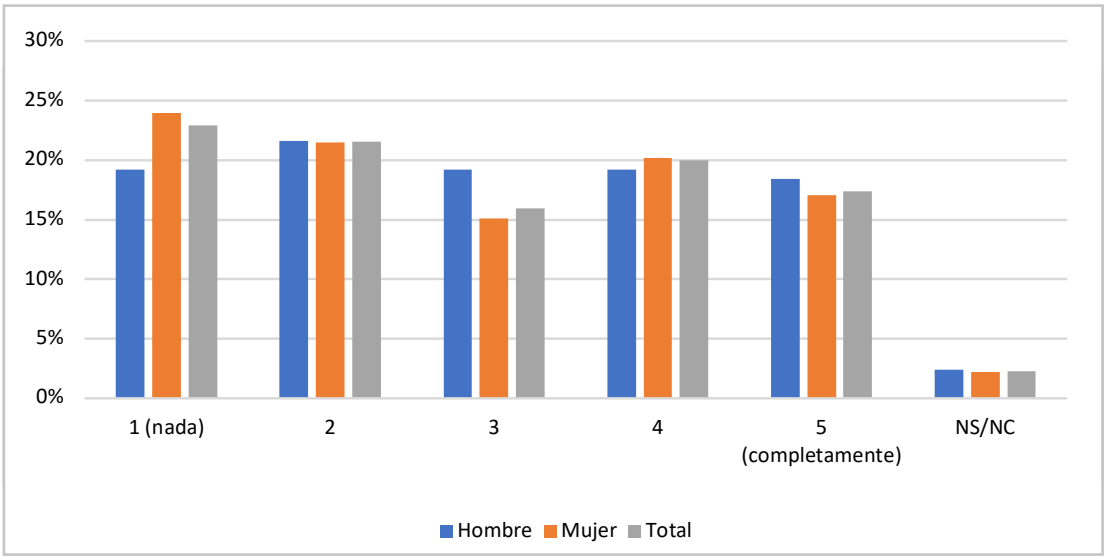
En relación a la valoración de la utilidad de la oferta formativa en violencia de género para el ejercicio de la actividad profesional, las respuestas de los y las encuestadas resultan similares a la de la pregunta anterior. **Las personas participantes consideraron dicha formación de gran utilidad para la práctica profesional: más de un 75% de las y los encuestados la valoraron como bastante o completamente útil.** De nuevo, sólo un porcentaje menor de repuestas, el 1,9%, señaló que esta formación no resultaba de utilidad alguna para el desempeño de su actividad profesional. También de forma consistente con la pregunta anterior, en el sentido de vincular el interés en la formación con la utilidad profesional de la misma, se observa una diferencia significativa entre los hombres y mujeres que señalaron que la oferta formativa resulta de total utilidad para su profesión: un 45,6% y un 56,1% respectivamente.

Gráfico 35. La información sobre los cursos y programa es clara, completa y accesible (%)



En relación con la información recibida sobre los cursos y programas ofertados por el Servicio Murciano de Salud, las valoraciones fueron relativamente negativas y en algunos casos ambivalentes. Por un lado, son mayoría quienes no se decantaron (refugiándose, así, en el valor intermedio de las respuestas) por un extremo a la hora de valorar si la información ofrecida era clara, completa y accesible, lo que permite interpretar que hay dudas notables sobre la forma de transmitir o recibir dicha información, siendo más significativo el porcentaje de varones que eligieron esta opción. Por otro lado, **un 35,6% de los y las encuestadas consideraba nada o poco clara, completa y accesible la información sobre la oferta formativa**, siendo más negativa la valoración realizada por las mujeres.

Gráfico 36. Recibo regularmente información sobre los cursos ofrecidos en el plan de formación continuada del SMS (%)



Por otro lado, y aunque la respuesta mayoritaria sobre si reciben de forma regular información sobre la oferta formativa es la de quienes afirman no recibir información de manera regular (22,9%) –lo que sin duda resulta un dato significativo-, la distribución relativamente pareja de las respuestas, sobre todo en las posiciones más dispares, muestra una valoración muy distinta entre quienes indican recibir de manera regular información sobre la oferta formativa y quienes refieren no hacerlo. Este dato indica que entre el personal sociosanitario **existen diferencias notables en cuanto a la información que reciben o perciben recibir.**

Estrechamente relacionado con la interpretación de estas preguntas de la encuesta, se encuentran distintas valoraciones realizadas por los y las participantes en los grupos focales, quienes señalaban de forma significativa carencias en la difusión de información sobre la oferta formativa e indicaban, especialmente, que requería de una posición activa por parte de los y las profesionales en la búsqueda de información. También se señalaba por parte de los y las participantes en los grupos que la información recibida (adecuada o regularmente) sobre la oferta formativa respondía más al interés y los recursos de una persona o un servicio, que desplegara mayores esfuerzos en su difusión, que a una estrategia general y sistemática de difusión.

"Yo creo que a lo mejor la información está un poco... por ejemplo, hay cursos que están en el FFIS, que están ahí, enterrados, y que tienes que ir tú, tener una actitud proactiva para verlos. Entonces debería haber alguna forma de dar publicidad a esos cursos, que llegasen de una forma más directa, que dijeras "oye, que hay este curso". Porque hay muchos cursos que se quedan desiertos porque no te enteras. Entonces, yo creo ahí hay un fallo de difusión de ese tipo de cursos" (G-1)

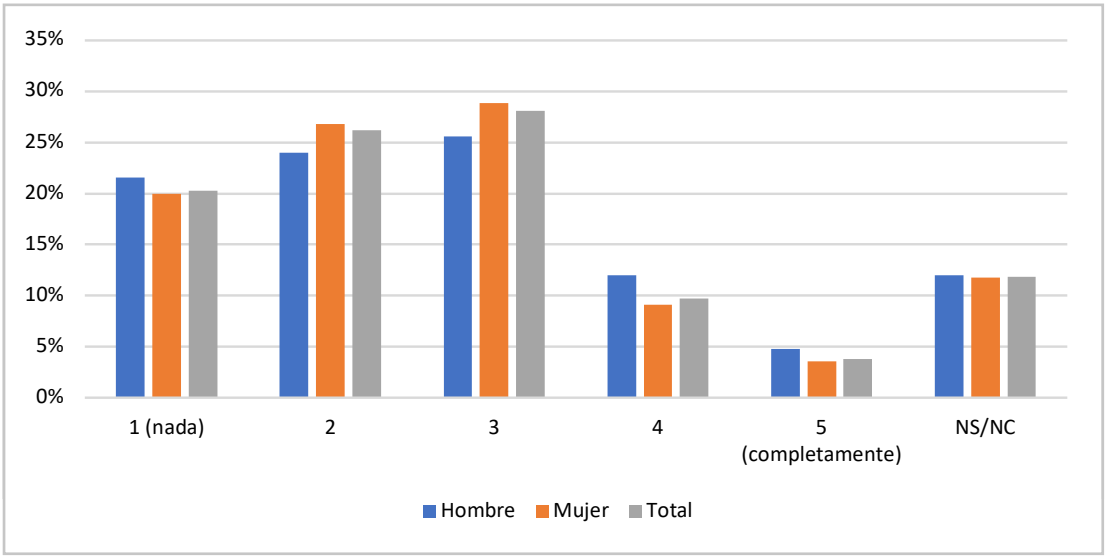
"La falta de información de los cursos de formación, porque si no me meto en la zona de cursos yo no me entero de qué hay. (...) El SMS tendría que incentivar, igual que me llega "jubilación de fulanito" en el tablón de anuncios de

SMS, que ni me va ni me viene... o una oferta de bonificación para el personal del SMS, pues mira, creo que esta página no está para eso, méteme en el tablón de anuncios cursos de formación del SMS, y lánzalos. Yo todos los días me meto en el tablón de anuncios, todos los días desde hace años, y veo una cantidad de chorradas... y las cosas que son importantes y que son las que facilitan luego a la hora de... información, coordinación... y que luego, económicamente, hablando de gestión, también repercute a nivel de economía, y otras, que no lo tengan en cuenta..." (G-3)

Incluso entre aquellos y aquellas profesionales que, por su trayectoria profesional, especialmente por haber estado vinculados a algún puesto de responsabilidad o de coordinación docente, cupiera esperar un mayor conocimiento de la información sobre formación en violencia de género y, particularmente, la de carácter más especializado y relacionado con su ámbito de especialidad se observaron carencias significativas.

"Yo fui durante tres años coordinador de un centro de salud mental y yo no tuve conocimiento alguno de cursos de formación en materia de violencia de género, lo único que sí que nos exigían era cada profesional en su consulta, tanto psiquiatras como psicólogos, teníamos que tener un folio para ir recogiendo datos de casos de violencia de género que estábamos atendiendo" (G-1)

Gráfico 37. El horario y el formato de los cursos y programas se adaptan a las necesidades de mi actividad profesional (%)



En relación a la valoración sobre el horario y el formato de los cursos y programas ofrecidos por el Servicio Murciano de Salud y sobre si estos se adaptaban a las necesidades de la actividad profesional de las personas encuestadas, las respuestas resultan significativamente negativas. Un 46,5% de las respuestas indicaban que el horario y el formato de la formación se adaptaba poco o nada a las necesidades de los profesionales encuestados y más de un 28% (la respuesta mayoritaria) se inclinaba por la posición intermedia, lo que en su conjunto implica que casi tres de cada cuatro participantes

(74,6%) no juzgaban que el horario y/el formato se adecuase a sus necesidades profesionales. La valoración de las mujeres resulta ligeramente más negativa que la de los varones. Por último, tan sólo el 13,5% de las personas encuestadas indicaban que el horario y el formato de la formación se ajustaba a las necesidades que su actividad profesional requería.

Como último aspecto, se señala de manera consensuada la **ausencia de una estructura formativa clara, sistemática y organizada**, que no haga depender tanto la formación de la mera voluntad, interés y sensibilidad de los y las profesionales, tanto de quienes la demandan (los participantes) como de quienes la impulsan (una persona, un equipo o un servicio más tendente a organizar la formación o la formación específicamente en este ámbito, por ejemplo).

> *"Bueno, el Servicio Murciano creo que ha hecho un esfuerzo importante en intentar solucionar el tema. Quizás le falta infraestructura, porque depende mucho de las personas. Y cuando depende sólo de las personas, es muy variable. Si en un área las personas no... Debería de haber una estructura más metida que se pueda hacer...Es que obligatorio no me gusta, no sé cómo podríamos llamarlo..." (Entrevista)*

> *"Yo creo que tiene que haber una persona responsable, y eso no lo sabemos siempre. Y ahí tenemos una dificultad, ahí yo creo que tenemos una dificultad seria, y es la transferencia al puesto y el impacto que tiene de las acciones formativas que tenemos, y en parte, yo, -en parte, porque no todo, seguro que hay más elementos- una parte no menor, desde mi punto de vista, es que no tenemos un grupo destinatario que se encarga de esa atención, claro, transparente, con un procedimiento de entrada y salida. Y eso dificulta establecer acciones formativas efectivas" (Entrevista)*

Se insiste especialmente por parte de los participantes en los grupos focales y en algunas entrevistas en la importancia que ha tenido el impulso y liderazgo ejercido por algunos profesionales sociosanitarios, tanto en la formación en violencia de género, como en la propia consideración y tratamiento del tema en el ámbito sanitario. Sin duda este hecho sólo puede considerarse de forma positiva, ya que ha sido el interés y esfuerzo de estos y estas profesionales lo que ha contribuido de manera decisiva a cambiar la atención y el interés público y profesional sobre la violencia de género.

> *"Es que eso [el liderazgo] es esencial, claro. Es que si tú tienes una que esté concienciada, que esté motivada, pues arrastra y si hay alguien que esté interesado, claro, se nota muchísimo" (G-1).*

No obstante, y a pesar de lo positivo de contar con esas figuras de liderazgo, se señaló también la necesidad de establecer una estructura de formación y de tratamiento de las situaciones de violencia de género que transcendiera ese impulso, en muchas ocasiones excesivamente vinculado al interés y la determinación de unos pocos profesionales, para no hacerlo depender en exclusiva de estos. En ese sentido, se insistía en el establecimiento de una estructura vertical, que marque o impulse desde arriba ese impulso de formación, para favorecer el interés y la respuesta de los y las profesionales. Al mismo tiempo, y aun insistiendo en esa necesidad de marcar las pautas o los

escenarios de formación en violencia de género desde arriba para no hacerlo depender exclusivamente del interés personal, es decir, que tuviera también un cierto componente de obligatoriedad, se apuntaba la necesidad de seguir avanzando en estrategias de motivación más que de imposición, que generan más rechazo entre el personal.

Muy relacionado con esta ausencia de estructura organizativa (en el caso anterior, más orientado a la formación), debemos señalar que especialmente en los grupos focales y en algunas entrevistas se insistió en **la necesidad de avanzar en una mayor estructuración, coordinación y comunicación en el abordaje y seguimiento de casos de violencia de género**, tanto con los recursos propios del Servicio Murciano de Salud como con los externos. Se señalaba, por un lado, que la ausencia de esa coordinación y trabajo en equipo, no tener por ejemplo la posibilidad de compartir información sobre un caso con otros compañeros y compañeras de manera sistematizada, sin tener que depender de la voluntariedad y conocimiento de la profesional (que conoce un recurso, establece un contacto con otro servicio, en ocasiones informalmente, por ejemplo), redundaba en posibles consecuencias negativas para la mujer a medio o largo plazo que son difíciles de anticipar.

> *"Realmente nosotros, los cauces, es decir, las coordinaciones, han ido mejorando con el paso de los años, pero casi siempre es profesional-profesional" (Entrevista)*

> *"Yo lo que hago, porque muchas veces te generas ese tipo de dudas, si estoy en urgencias puedo llamar al 112, que está ahí la trabajadora social, se lo cuento, le pido opinión... o incluso consultó con el SAF, que es el que Servicio de Atención a la Familia de la Policía Nacional, que hay un equipo muy bien preparado, y entonces ellos, de forma muy discreta, se acercan, hablan con la mujer, le aconsejan, toman nota... pero claro, es que bueno, yo he tenido casos también de mujeres que no quieren denunciar pero yo soy conocedora de una lesión importante y tengo que hacer el parte de lesiones sí o sí e iniciar esa ruta sí o sí, o sea que ahí no hay [duda]..." (G-1)*

En este sentido, se insistía también con frecuencia en la imposibilidad o dificultad de realizar un adecuado seguimiento una vez detectado un caso si no continúa siendo atendido por el mismo profesional o, particularmente, si la señal de alerta la ha tenido un especialista, que tiene menor ocasión o posibilidad de continuar el seguimiento, dado lo puntual de la consulta; se señalaban con frecuencia aquellas situaciones en las que, en palabras de los y las profesionales sanitarios, "se pierden" los casos, las personas, por la dificultad de continuar ese seguimiento.

> *"Nosotros hacemos reuniones periódicas con las trabajadoras del CAVI y tenían mi teléfono directo y yo su teléfono directo. En plan, venga, se van ya del centro de salud y las citas en el centro de la mujer. Porque hay veces que en ese momento te dicen que sí pero después se pierden. Pero si se van ya con su cita, van a ir. Entonces sí que teníamos una coordinación muy directa y funcionaba bastante bien" (G-1)*

> *"Tenemos un problema aquí: yo sí que creo que estoy formada en esto, pero luego tenemos mucho problema en derivar, es muy complicado. Porque son*

pacientes que se pierden, entonces, por mucho que intentes mover cables a nivel personal... yo conozco a... Siempre hacemos lo mismo, llamas al centro de salud, hablas personalmente con el compañero, que la vea... Eso no puede ser así, necesitamos una cosa más ágil, porque son pacientes que se pierden mucho, que ya tienen problemas para acudir, entonces tendría que ser todo muchísimo más ligero, tenerlo interiorizado... pero no lo está. (...) Cuando vemos las agresiones, muchas veces las citamos y ni siquiera van luego a recoger las pruebas, les pides todo y se pierden. Y al de familia no van. De esto tuvimos una reunión que fue muy interesante, (...) era para ver quién tenía que pivotar el equipo. Entonces todos los que estábamos allí estamos muy concienciados con que era un problema muy importante pero que se perdían los pacientes. Todas se pierden. Y hablas con ellas y les pasa lo mismo. Llega un día que te dicen todo y luego "no, no pasa nada". Y como no pasa nada pues ya está" (G-2)

Además, se valoraron muy positivamente las experiencias de coordinación y trabajo en red o grupos de trabajo que han tenido algunos profesionales en este ámbito, en determinados centros de trabajo o en municipios de menor tamaño. En este sentido, también el papel realizado por la trabajadora social, en algunos casos, o la enfermera gestora de casos en otros, fue reconocida positivamente en esa labor de coordinación y, en ocasiones, de liderazgo de las actuaciones realizadas.

"Sí, nosotros allí en [el municipio] está la enfermera gestora de casos, que sé que en otras áreas esa figura no existe, y... hay dos en toda el área. Y la verdad es que está muy bien, porque ella, en un caso complicado -no solo de violencia de género, en otros casos también- se junta con la trabajadora social, va a los domicilios, y de hecho, alguna vez hemos tenido reuniones conjuntas con el psicólogo, con el psiquiatra... de salud mental, porque hemos tenido un paciente que era común para todos nosotros, y ella ha sido la que nos ha reunido a tal hora para valorar al paciente, hacer una evaluación clínica... y la verdad es que eso te aporta bastante, y está bien porque, nosotros allí al final nos conocemos todos, pero también, vamos cada uno a nuestra consulta y hola y adiós, y poco más" (G-1)

Por último y también vinculado con la ausencia de una estructura clara que marque y oriente los itinerarios formativos y la necesidad de contar con ella, se aludía con frecuencia a la importancia que tiene **la relación tutor o tutora y residente** y la formación que en ese período se señala como orientada, recomendada o sugerida por parte de los tutores y tutoras. En ese sentido y dado el modelo de formación implantado en nuestro sistema sanitario (que funciona fundamentalmente como aprendizaje por modelo) se insistió, por un lado, en la necesidad de orientar la estrategia formativa hacia los tutores y tutoras, para implicarles de manera decidida en la formación sobre determinados temas que no suelen estar entre las prioridades de los programas de formación, como suele ser el caso de la violencia de género. Por otro lado, se señaló también que la autonomía con la que en muchas ocasiones cuenta el personal en formación para diseñar su itinerario formativo en función de sus propios intereses es con frecuencia penalizada posteriormente por los responsables docentes, si no responde tanto a su criterio, interés y preferencia. La dependencia del criterio del responsable docente en la orientación de los itinerarios formativos de los y las residentes, así como los conflictos y desacuerdos

que con frecuencia provoca, fueron elementos señalados en las entrevistas realizadas con personal en formación (residentes de primer año).

> *"Creo que la clave es formar al tutor en violencia de género. Es decir, cuando hablábamos de estrategias formativas de formación continuada, un grupo de destinatarios es aquel que tiene la función de enseñar a otros. Si usted está formando a los que entran, usted debe conocer este ámbito competencial y, además, yo debo formarlo a usted y usted me debe exigir que yo lo forme. Y si no lo formo [fallamos]. A mí me parece que una línea de trabajo clara en la formación en el ámbito de la violencia de género y de otros aspectos relacionales y emocionales, principalmente e inicialmente es con los tutores. (...) Tiene que ser obligatorio" (Entrevista)*

> *"Puede ser muy importante. De hecho, a lo largo de cada año de residencia tú tienes varias reuniones con ese tutor. (...) En mi caso en ningún momento se me ha orientado hacia formación de algo psicosocial, en mi caso de momento no" (Entrevista Residente 1)*

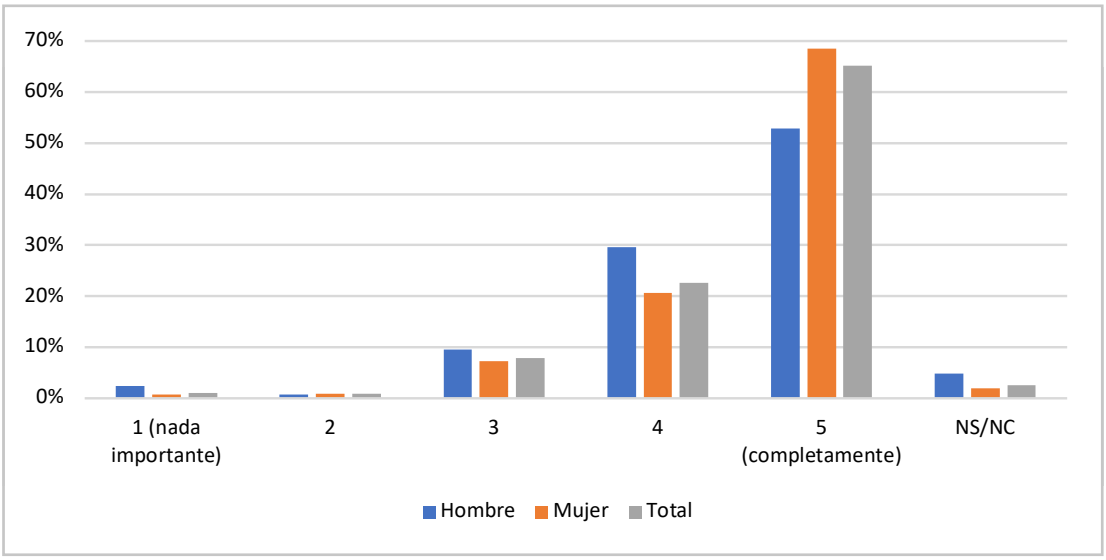
> *"Sinceramente, por mi parte pienso que el tema de la violencia de género en la residencia es totalmente autodidacta. Es que no me imagino... yo tengo dos tutores chicos y no me imagino a mis tutores diciéndome que me apunte a un curso de violencia de género" (Entrevista Residente 2)*

> *"Y a partir de ahí es de justicia que el tutor no diga que eso no vale o que eso no sirve, o que la violencia de género es un rollo, que al final hay alguien que dice eso, que eso no es así, que las mujeres lo que tenían que hacer... por temas ideológicos... Pues a lo mejor no puede ser tutor, claro, pero eso tiene que estar escrito, regulado. En cualquier caso, yo creo que el tutor es casi más importante que el residente para el proceso de aprendizaje del residente, porque es un modelo, su modelo. Y me da igual el que yo le dé un curso de escucha activa o que le dé un curso de comunicación no verbal. Si el tutor mira, escucha al paciente, atiende al paciente, es empático, el residente incorpora. Y si tiene muchas dificultades tal vez necesite más formación específica en ello" (Entrevista)*

3.4. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO

En este bloque presentamos los resultados obtenidos acerca de las necesidades de formación identificadas y demandadas por parte del personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud, que puedan orientar la oferta formativa en el futuro. Durante la fase del trabajo de campo cualitativo –entrevistas y grupos focales- se identificaron distintas demandas relacionadas con la formación que fueron trasladadas a la encuesta para que el personal entrevistado señalara el grado de importancia otorgada, con el propósito de establecer elementos de comparación entre los distintos instrumentos de obtención de la información.

Gráfico 38. La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre el protocolo y la forma de proceder ante un caso de violencia de género (%)



Preguntado sobre la importancia asignada a que la formación permita ampliar el **conocimiento sobre el protocolo y la forma de proceder ante un caso de violencia de género**, un 87,7% del personal sociosanitario lo consideraron bastante o muy importante. Además, y aun teniendo en cuenta esta valoración mayoritaria, se observa una diferencia significativa entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que mayor importancia otorgaban a este aspecto, con un 68,5% en la valoración máxima frente a un 52,8% de los varones.

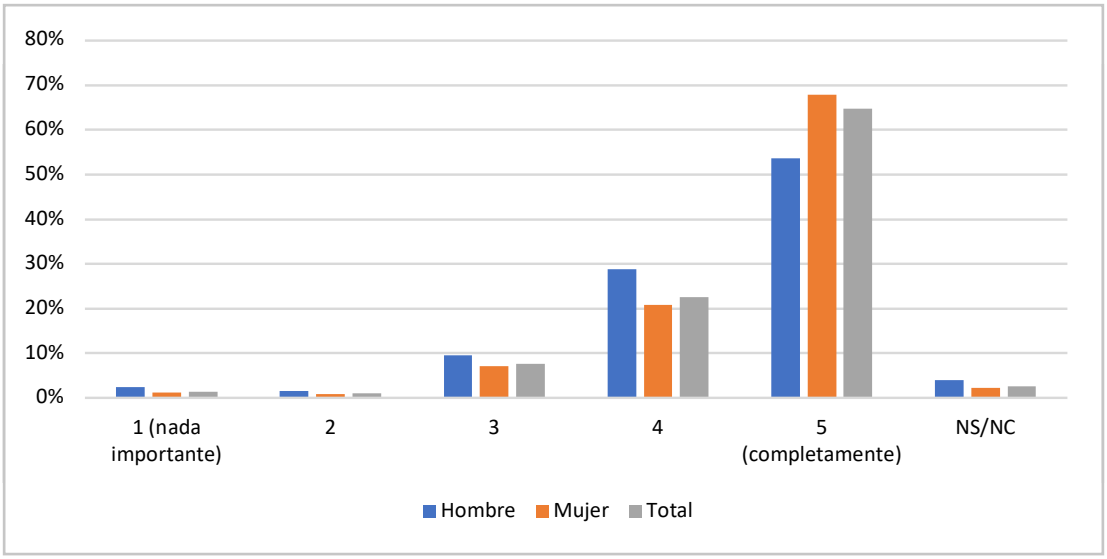
También a partir de la realización de los grupos focales y las entrevistas se evidenció la necesidad de dirigir la formación hacia el conocimiento de los protocolos de actuación, así como a la profundización sobre herramientas y recursos adecuados para atender un caso de violencia de género. En este sentido, también se insistió en la necesidad de **concretar e identificar la función o funciones del profesional sanitario ante un caso de violencia de género**, para dotar de seguridad a sus actuaciones, elemento que genera especial incertidumbre entre el personal entrevistado. Por último, también se ha señalado la necesidad de contar con un espacio (virtual, por ejemplo, al estilo de una plataforma o portal único) en el que recoger y sistematizar los recursos disponibles, como los protocolos de actuación y, al mismo tiempo, darle visibilidad y difusión.

> *"¿Sabes lo que pasa? Que esto no se ha difundido mucho. O sea, está ahí puesto, colgado, pero no se ha hecho a la misma vez una puesta a punto de, cada cierto tiempo: "venga, qué dificultades tenéis con el protocolo, cómo vais". Yo el otro día, cuando me lo tuve que estudiar otra vez para difundirlo al equipo, les decía: "¡pero si no es tan difícil! ¡Si está chulo, está bien!" Pero es verdad que había bastante resistencia, o sea... A mí lo que me molesta es que viene un protocolo de diabetes y se ponen las pilas con el protocolo de diabetes todo el mundo, o no sé, o un problema cardíaco... ¡y esto es igual de importante! O sea, yo considero que debería haber aquí también a la misma vez todo un plan de... no sé" (Entrevista)*

"No el protocolo, que eso está en Internet, pinchas y lo tienes. No es eso. Lo que necesitamos es cómo apoyar a esas mujeres, cómo apoyarlas si a veces te equivocas -porque hay pocas, pero hay, que eso también crea mucho miedo, mucha inseguridad... cómo abordarlo en una familia en la que está... y cómo ayudarlas, porque luego ellas, ya sabemos que el ciclo de la violencia... En un momento te puede decir que no y te echa por tierra todo el trabajo que tú has hecho, que eso también quema mucho. Entonces, que alguien nos ayude a decir cómo trabajar esto" (Entrevista)

"Creo que hay que aclarar el papel de los sanitarios en la detección y ayuda a la violencia de género. Y eso nos lo tienen que aclarar muchas veces los juristas. Que lo sueltan ahí, hacen su ley, lo dejan ahí, y luego no sabemos cómo interpretarlo, y eso hace que las distintas interpretaciones sean tan variables" (Entrevista)

Gráfico 39. La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre los recursos y dispositivos disponibles para atender a una víctima de violencia de género (%)



En relación con la valoración asignada a que la formación permita un **mayor conocimiento sobre los recursos y dispositivos disponibles para atender a una víctima violencia de género**, los y las personas encuestadas señalaron mayoritariamente que lo consideran un asunto muy o bastante importante, con un 86,8% de personas indicando las valoraciones máximas. También en este caso se aprecia una diferencia significativa entre hombres y mujeres, siendo estas últimas de nuevo las que otorgaban la valoración máxima a este tipo de formación o a la formación que integre estos contenidos, con un 67,8% frente a un 53,6% de varones.

También en los grupos focales realizados, así como en las entrevistas con personal en formación, se señaló de manera muy generalizada el notable desconocimiento que –incluso tras años de trayectoria profesional- tenían los y las participantes acerca de los recursos y dispositivos disponibles para dirigir o derivar a una víctima de violencia

de género, así como se expresaba una demanda de formación sobre estos. Igualmente, aquellos miembros del personal sociosanitario que habían tenido previamente, bien experiencia formativa sobre estos recursos, bien (más frecuentemente) experiencia profesional de contacto y coordinación, de forma sistemática o más informal, con algunos de estos dispositivos (Centro de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de la Violencia de Género, Servicio de Atención a la Familia, Juzgado de Violencia sobre la mujer, entre otros) valoraron de forma muy positiva este conocimiento así como el beneficio percibido para su actividad profesional.

"Yo, por ejemplo, formación, en los centros donde he estado no ha habido mucha, pero yo creo que una de las cosas más significativas que organizaron con respecto a este tema fue una sesión conjunta con el CAVI del [municipio]. Parece una tontería pero al final le pones cara a quién está al otro lado, conoces un recurso que hay en la comunidad al cual puedes derivar a las pacientes, y ahí saben con quién tienen que contactar. Y lo organizó la trabajadora social" (G-1)

"Sí que echo en falta muchísimo el "vale, se ha detectado el caso, ha sufrido violencia de género, ¿ahora qué hacemos con esa paciente? (...), muy bien, nos sale el aviso, yo sé que esta mujer ha sufrido violencia, pero ahora qué estamos haciendo, desde nuestras competencias, para sostener", porque es posible que del estrés y todo haya tenido hipertensión, por estrés emocional-psicológico, ¿pero qué más hacemos? Yo, por ejemplo, le hablé del CAVI, y su médico de Atención primaria no sabía lo que era el CAVI, nadie sabía qué era el CAVI. Todo el mundo en Atención primaria debería, y en Urgencias, cualquiera debería saber lo que es el CAVI" (G-3)

"A mí me está sorprendiendo un montón que ahora mismo no sepamos lo que es el CAVI. Es que fíjate cómo fallarán los medios de comunicación. Si ya no te digo como enfermera, ¿cómo fallarán los medios de comunicación cuando el 016 sabes lo que es, pero luego no sabes dónde recurrir para que te den ayuda...?" (G-3)

Gráfico 40. La formación se realiza de forma presencial (%)

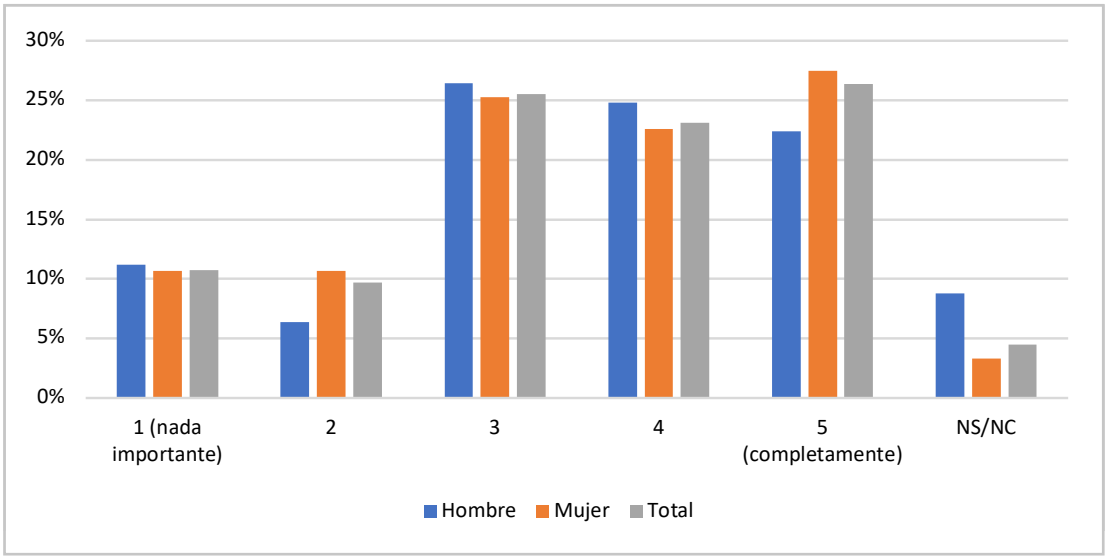
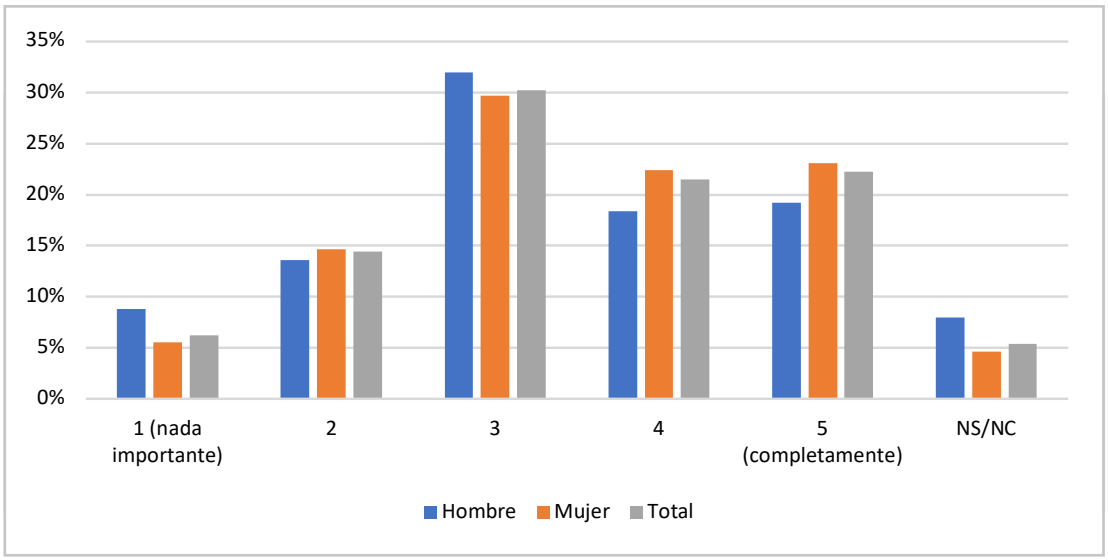


Gráfico 41. La formación se realiza de forma telemática (%)



Hay una valoración ambivalente, pero seguramente complementaria, en relación a la formación telemática o a distancia y presencial, que se aprecia tanto en la encuesta, donde tienden a valorar en mayor medida "como importante" y "muy importante" ambas modalidades, como en los grupos focales. Que la formación se realice de forma presencial fue considerado como un factor muy o bastante importante por casi la mitad de los y las encuestados (49,5%), alcanzando a tres de cada cuatro personas de la muestra en las posiciones mejor valoradas (del 3 al 5). Además, la opción mayoritaria entre las personas encuestadas a la hora de valorar la formación presencial, con un 26,4%, fue la de quienes otorgan la máxima importancia a la presencialidad. Los resultados son parejos en la valoración de la formación telemática, aunque resulta ligeramente inferior el porcentaje de personas encuestadas que la consideraban muy o bastante importante (43,7%). No se aprecian diferencias especialmente significativas entre hombres y mujeres a la hora de valorar la importancia de que la realización se realice en modalidad presencial o telemática, aunque sí resulta significativo que sean las mujeres quienes otorgan la importancia máxima a que la formación se realice de forma presencial, con un 27,5% del total de mujeres encuestadas.

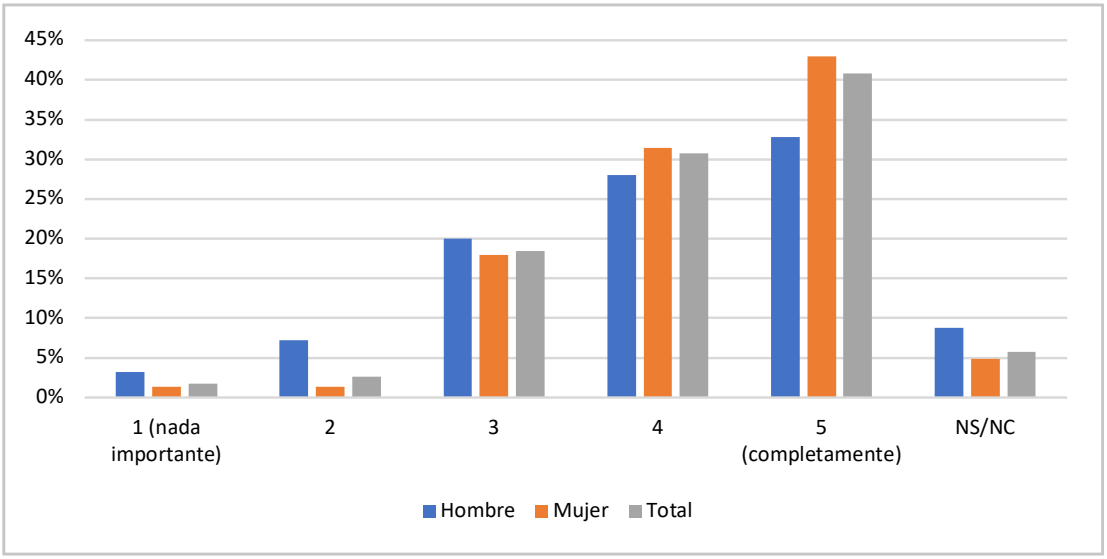
A raíz de la pandemia por Covid-19 buena parte de los profesionales sociosanitarios han recibido -de forma intensa y novedosa, al menos en cuanto a su amplia difusión, generalización e implantación- formación telemática, que los informantes en general valoraban bien, en relación a la facilidad que les daba para evitar desplazamientos y conciliar con la vida personal, para aquella formación realizada fuera del horario de trabajo. No obstante, y seguramente también derivado de un uso frecuente de la formación online durante los meses de realización del trabajo de campo y anteriores, era perceptible un relativo cansancio y agotamiento con la formación telemática, sobre todo cuando es extensa, que acaba redundando en un seguimiento e interés menor, como refieren algunos/as participantes. Además, la brecha de edad en el hábito y familiaridad en el uso de estas aplicaciones y formación se refería como un motivo añadido de distancia:

"En mi centro la formación online ya no la quieren (...) También son más mayores, online los citabas y éramos los dos, siempre los mismos. Ya estábamos cansados" (G-1)

"Para mí es un tipo de formación que,... antes eran cuestiones que decías "me tengo que reservar una tarde para ir a no sé dónde,... que lo hagas online, ahí sí que resulta atractivo. Estar todos los días con la pantalla al final produce rechazo, es normal" (G-1)

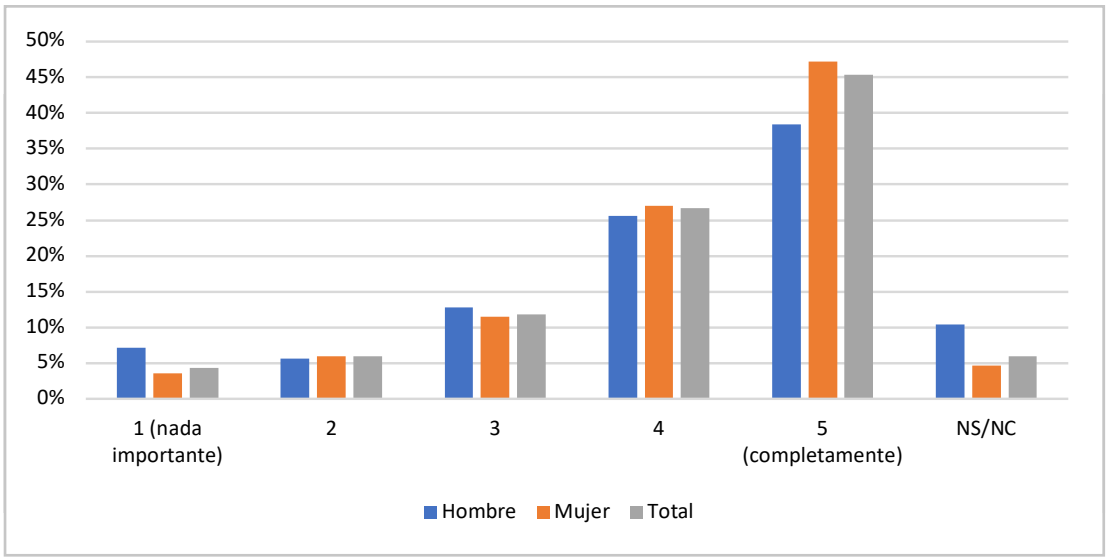
En todo caso, se desprende de los resultados de la investigación que ambas modalidades podrían y deberían ser utilizados en adelante de manera complementaria, optando por una u otra -o combinadas- en función de criterios como el perfil de los destinatarios, la duración y el tipo y contenido de la formación. La elección de la posición intermedia de respuesta (posición 3) como opción preferida en ambas preguntas de la encuesta y la valoración positiva de ambos formatos parece indicar, obviamente no la indiferencia a la hora de preferir una u otra modalidad, pero sí que no resulte un factor determinante a la hora de valorar la formación ofrecida, que seguramente deberá atender a otros criterios, como señalábamos más arriba, para determinar la modalidad más adecuada.

Gráfico 42. La formación incluye formación teórica que me permite profundizar en aspectos fundamentales de la violencia de género (%)



A la hora de realizar formación en violencia de género, un porcentaje similar de personas encuestadas consideraba "completamente importante" que ésta incluya formación teórica (40,8%) o práctica (45,3%). Sin embargo, a lo largo de los grupos focales y de las entrevistas a informantes estratégicos, resultó más frecuente la preferencia por una **formación práctica e interactiva,** que despertara el interés, el seguimiento y la implicación del profesional.

Gráfico 43. La formación incluye formación práctica (roleplay, simulación...)(%)



"Los vídeos, el roleplay, el ejercicio de la silla vacía... es donde se movilizan las emociones. Y si tú consigues emocionar al que está escuchando, va a hacer que lo recuerde y va a hacer que lo tenga en cuenta. Entonces, si tú tienes un protocolo que lo lees, pues es difícil que te emocione. Entonces, si lo acompañas con talleres de trabajo y ejercicios para que despierten la emoción y conecten" (Entrevista)

"Sería recomendable algo divertido, algo interactivo, que vean que, si al día siguiente viene tal, van a poder resolver ese problema mucho más fácilmente que antes de haber hecho esa sesión" (G-1)

"Al final, a nivel general los cursos están planteados muy teóricos y falta... porque siempre hacen "un curso básico para todo el personal, que sepa sobre violencia..." vale, pero llega un momento que tienes que dar un paso más y ponerte en la piel del que te llega una mujer en situación de riesgo o que ya ha sufrido la violencia, y ¿qué haces con esa señora?, ¿cómo la puedes ayudar?" (G-4)

Además del carácter práctico de la formación, se ha señalado en reiteradas ocasiones la idoneidad de que se realice un **mayor uso de casos clínicos** en la sensibilización y formación en violencia de género. Al igual que sucede con múltiples patologías y problemáticas, utilizar experiencias reales, permite, de acuerdo a los discursos recogidos, anclar el conocimiento, comprender su utilidad y aplicarlo a la práctica profesional.

"Pero dice el refrán que lo que no se siente no se recuerda, es decir, que si no hay emoción no hay recuerdo, él tiene que sentirlo como propio, vivenciarlo. Cuando tú le hablas de un caso que se está llevando en el propio centro, que lo está llevando psiquiatría ocho años con medicaciones de un folio" (Entrevista)

"Si se hace dentro del horario, y para todos, y desde un punto de vista práctico, en el que la gente encuentre alicientes, o sea, algo experiencial, una cuestión que digas "sí, esto me ha pasado a mí muchas veces y lo he ignorado...". Entonces sí que se convierte en algo que llega. Para los clínicos es muy importante, porque es que está relacionado con lo de la soledad de la consulta. El ver a alguien, tú que estás todos los días con lo mismo, ver a alguien que lo hace de otra manera y que lo plantea y lo gestiona: "pues mira que todo el tiempo haciéndolo así y no se me ocurrido hacer..." (G-1)

"Yo me la imagino [la formación] como en Atención primaria, en el sentido de... a nivel de sesiones clínicas. Y en el hospital se ha empezado a hacer tipo sesiones clínicas, porque es la única manera de llegar a todos, porque si no al final es voluntariedad del trabajador que se quiera formar y entonces nos formamos los de siempre. Porque igual que ellos ven el carro de parada, pues yo sé cuál es el protocolo de violencia de género, a quién tengo que llamar y cuáles son los recursos (...) Incluso presentar casos, decir "mira, me he encontrado... voy a convocar una sesión clínica con mi equipo porque me he encontrado este caso y entre todos ver qué hacemos, a quién derivamos...", rápida, efectiva, y que llegue a todo el mundo, que tengas que ir un poco obligada" (G-3)

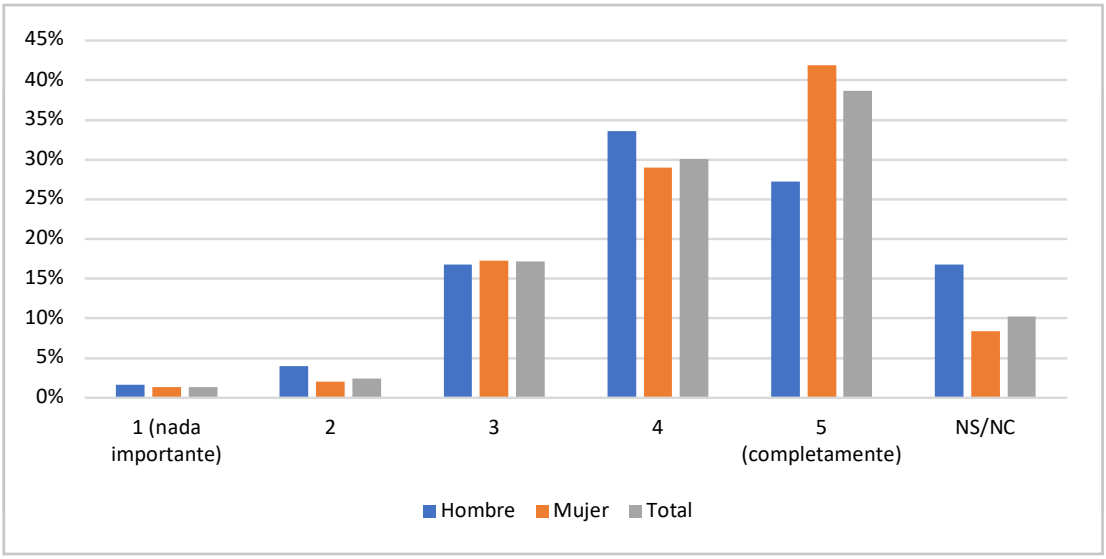
Ahora bien, el reconocimiento que una buena parte de los y las encuestadas hace de la formación teórica, debe llevar a cuestionar no sólo las estrategias metodológicas o pedagógicas utilizadas en el aula, sino los propios contenidos de las sesiones, buscando que estos resulten, con independencia del formato en el que se impartan, de utilidad en el ejercicio profesional.

"Estamos en formación de adultos. Es una formación que ellos tienen que ver que les sirve al día siguiente para poder utilizarlo. Entonces, si damos un rollo, no les parece interesante. Entonces, tenemos que ser capaces de hacer una formación que les interese, que les motive y que vean que pueden dar solución a los problemas que tienen todos los días. Es muy difícil, pero eso es lo que hay que buscar. E integrarlo en el día a día, para que le resulte cómodo y agradable, y no "vaya rollo que nos van a dar hoy". Entonces, igual que necesitan saber de ecografías, porque lo van a utilizar el día siguiente, necesitan saber herramientas para utilizar con las mujeres que pueden ser posibles víctimas de violencia" (Entrevista)

El 38,7% de las personas entrevistadas consideraba "completamente" importante que el contenido de la formación se adapte a su grado de conocimiento; resultando, especialmente de interés para las mujeres (41,9% frente al 27,2% de los varones).

El grado de conocimiento, sensibilización e interés entre los distintos profesionales sociosanitarios en torno a la violencia de género es hoy muy desigual; desde aquéllos que desconocen aspectos básicos de la misma, a quienes ya han recorrido un largo camino teórico y práctico. En este contexto, en los grupos focales y en las entrevistas a informantes estratégicos ha sido frecuente la demanda de una **formación con distintos niveles de profundidad y temáticas que dé así repuesta al grado de conocimiento de los distintos perfiles**.

Gráfico 44. El contenido se adapta a mi grado de conocimiento y formación sobre el tema (%)



"Fíjate, yo veo una dificultad y veo una fortaleza, o sea, yo veo una esperanza importante, creo que, efectivamente hemos madurado como sociedad en este sentido y en concreto el colectivo profesional sanitario es mucho más consciente que hace unos años y entiende que puede hacer algo por ayudar a estas mujeres y lo está haciendo. Pero en cuanto a la formación, muchas veces me ha pasado, que cuando hablan "vamos a hacer un curso general de sensibilización con una metodología un poco diferente y convocamos a todo el mundo", digo "ojo", porque hay gente que ya ha hecho varias actividades, con lo cual, si tú lo llamas, libera unos días -que los tenemos contados para la formación- para hacer esto y repites los datos a nivel mundial, a nivel tal, que si síndrome de la mujer maltratada, desde el ciclo de la violencia... Va a decir, "esto ya lo he oído muchas veces". Es muy importante pensar en las actividades formativas y pensar, según la actividad, a qué población se va a dirigir y que esté muy adecuada. Yo creo que ha llegado el momento de madurez para que podamos pensar de esta forma" (Entrevista)

"A mí me han llegado a decir "ya viene aquí otra vez la de la violencia de género". Vamos a medir un poco esto porque nos cargamos el resto. Entonces, pues, adecuar mucho las actividades, en el lugar de trabajo, que la población a la que se dirija pues esté muy delimitada, que no sea a todo el mundo..." (Entrevista)

Gráfico 45. La formación se ofrece en formatos de duración reducida, lo que me permite realizar un primer acercamiento a un tema específico (%)

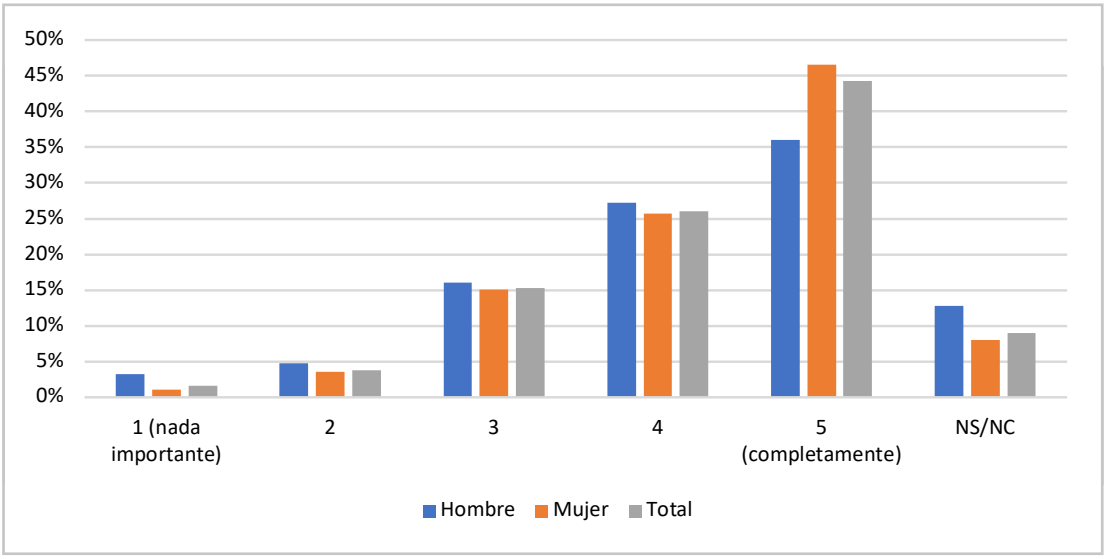
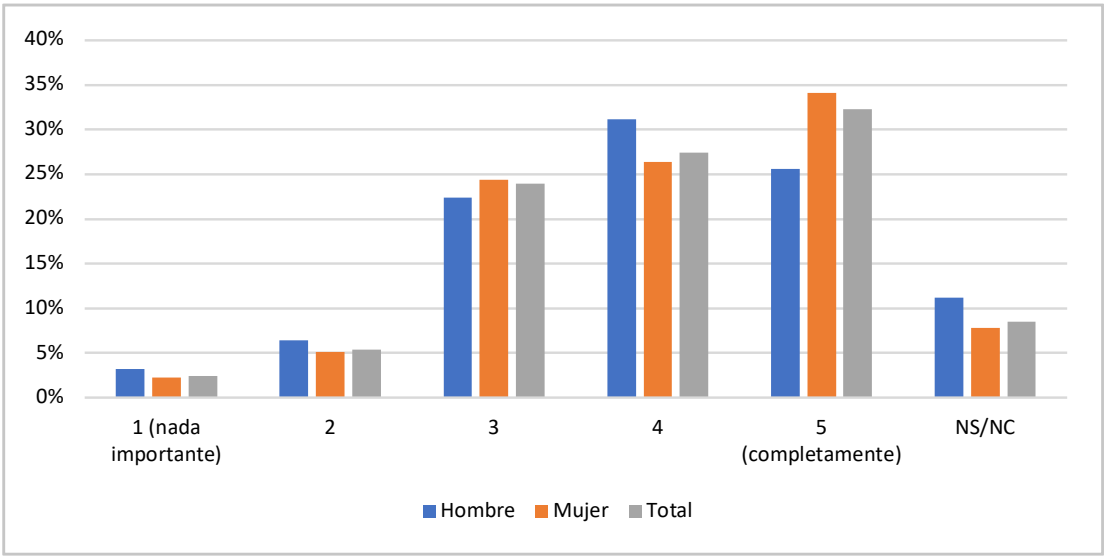


Gráfico 46. La formación se ofrece en formatos de amplia duración, lo que me permite la profundización y especialización en los temas abordados (%)



A la hora de valorar la duración de la formación, tanto los formatos de mayor número de horas (59,7%) como los más reducidos (70,3%) fueron valorados positivamente. De estos datos se desprende, de nuevo, que la duración de la formación no parece ser uno de los factores determinantes a la hora de valorar o decidir realizar una formación en violencia de género y que entre los y las personas encuestadas se encuentran perfiles favorables o partidarios de ambos tipos de formación. No obstante, las respuestas de la encuesta indican también que la mayor valoración de la formación se realiza sobre los formatos de corta duración, que permiten un primer acercamiento al tema. Esta opción fue elegida por un 44,3% de las personas encuestadas. Por último, son las mujeres las que valoraron en mayor medida la realización de formación en formatos reducidos, con un 44,3% de encuestadas señalando que lo consideraban completamente relevante.

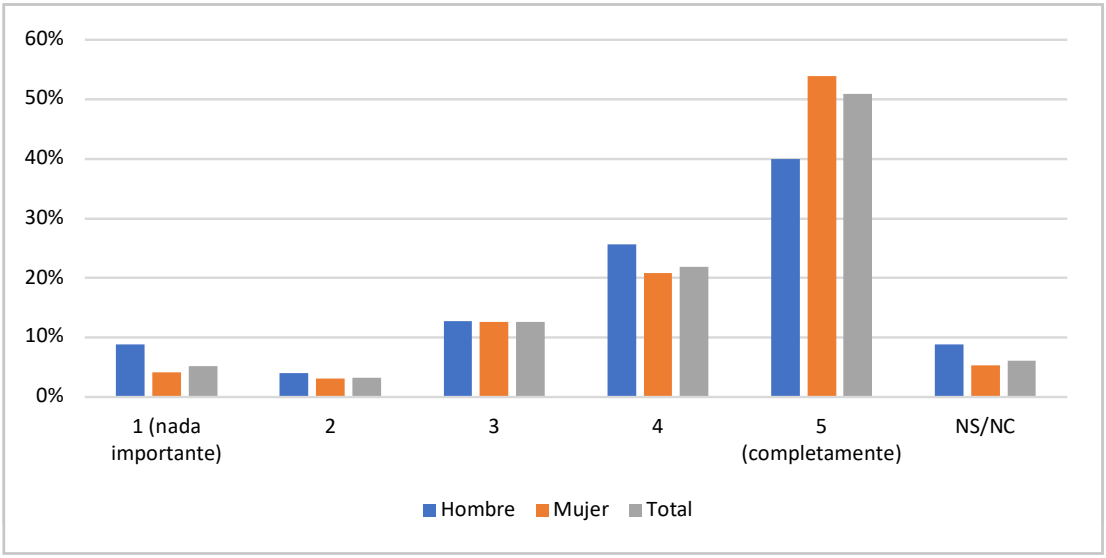
Como señalábamos, también el trabajo cualitativo reforzó estas apreciaciones. Por un lado, se ha destacado la **necesidad de ofrecer formación en formatos de corta duración**, lo que comúnmente se conoce como píldoras formativas, para atraer e incentivar la participación de aquellos a los que las formaciones muy extensas pueden resultarles un factor disuasorio y para favorecer un primer acercamiento a un tema que se considera de interés; este tipo de micro-cursos, como los denominaron en ocasiones, más específicos, tienen una amplia aceptación entre el personal. Por otro lado, **se ha indicado con frecuencia la necesidad de diseñar dos estrategias o escenarios formativos distintos, uno de carácter más general, básico o introductorio y otro más en profundidad y tendente a la especialización**, dirigidos a perfiles distintos de personal sociosanitario en función de distintos factores de los potenciales participantes, como el nivel de conocimiento previo, el tipo de puesto y servicio en el que desempeña su actividad laboral, entre otros.

"[Hicimos] una sesión clínica, en 45 minutos, muy concreto, sobre la comunicación con la mujer, le pusimos un vídeo, hicimos una cosa muy pequeñita pero que les gustó mucho. Que fue un poco decir "¡oye!", abrir una puerta. Porque, a veces no es tanto hacer un curso largo de dar toda la información, como decir "voy a hacer algo muy atractivo pequeño que me sirva para abrir esa puerta" y que existe... yo creo que puede ser más producente, más útil que lo otro." (G-1)

"Yo creo que una de las cosas más importantes es que fueran al principio cursos un poco comprimidos, pequeños, de media hora o tres cuartos de hora, que no sean una torrija..." (G-1)

"Porque quizás el dermatólogo, que tenga una formación más básica, sí que se puede permitir una formación más básica. Pero a lo mejor las puertas de entrada -atención primaria, urgencias, matrona, salud mental...- que sí... algo que sea más específico. Luego también, profundizar, pero podemos permitirnos algo más bajo, más liviano..." (G-3)

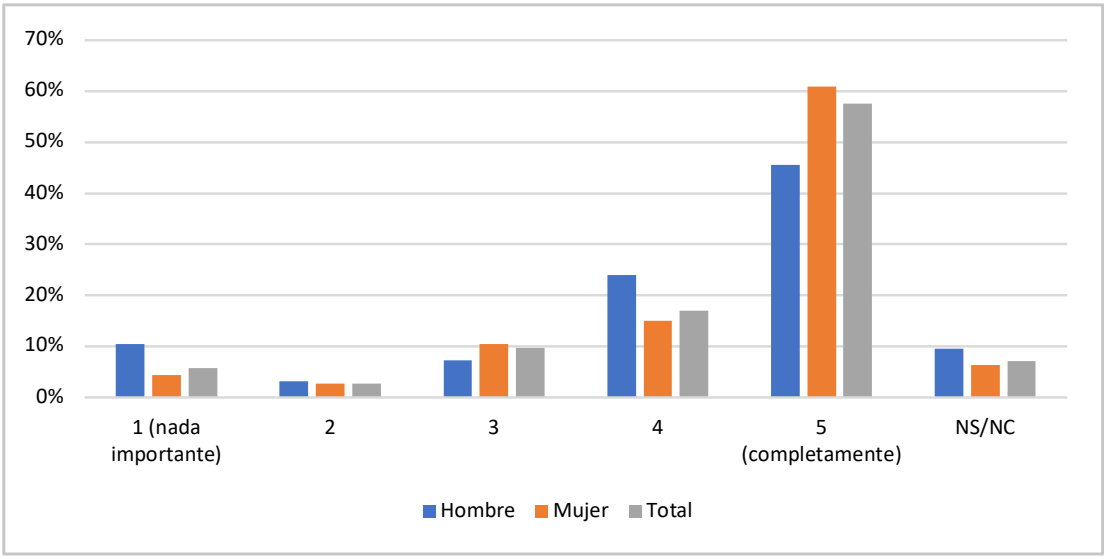
Gráfico 47. La formación se realiza en mi centro de trabajo (%)



Entre las **preferencias sobre formación**, mayoritariamente las personas encuestadas señalan que ésta se realice **en el centro de trabajo**, destacando el hecho de que más de la mitad de las personas encuestadas lo consideran completamente importante (50,9%), siendo todavía superior en el caso de la valoración de las mujeres (53,9%). Casi tres cuartas partes de los y las encuestados (un 72,8%, concretamente) consideran muy o bastante importante que la formación se desarrolle en el espacio de trabajo, lo que indica que resulta un factor determinante. También entre los y las participantes en los grupos focales se valoró muy positivamente que la formación se realizara en el propio centro de trabajo e integrado en la jornada laboral. Además, algunos informantes que habían tenido responsabilidad en coordinar o gestionar formación en violencia de género también señalaron que la respuesta había sido mucho más positiva en aquellos casos en los que la formación se desplazaba al centro de trabajo.

> *"Por eso cambiamos la estrategia, ya no hacíamos cursos en un centro para que se desplazara la gente, sino que hacíamos talleres en el centro de salud mental o en el CAD en horario de mañana. Previamente le pedíamos al coordinador "oye, cuándo tienes la próxima reunión de equipo"; "pues los viernes de cada final de mes nos reunimos"; "pues ya sabes que un viernes reservado, que vamos a hablar de esto", con lo cual estaba todo el equipo. Algunos se pueden poner tapones, pero estaban allí. Ahora, si tú les dices "oye, apúntate a un curso y vete", claro, van los más sensibilizados, no van los que quieres que vayan y luego era muy importante también introducir casos del propio centro" (Entrevista)*

Gráfico 48. La formación está integrada en mi jornada de trabajo y, por tanto, ésta se reduce o adecúa para poder atenderla (%)



De manera similar y todavía más decisiva se expresan las personas encuestadas que señalan como un aspecto fundamental **que la formación en violencia de género se integre en la jornada de trabajo,** adecuándose o reduciéndose ésta en caso necesario para poder facilitar la asistencia: casi un 75% de las y las encuestadas señalan que se

trata de un factor muy o bastante importante para realizar formación. Hasta un 57,6% de las personas encuestadas lo señalan como completamente relevante, que sube a un 61% en el caso de las mujeres. Aunque las respuestas mayoritarias señalan la opción de cursar la formación durante la jornada laboral, resulta significativo que un 10,4% de los encuestados varones señalaron que este factor no tendría importancia alguna a la hora de valorar la formación ofertada sobre violencia de género.

Por otro lado, también las valoraciones extraídas de los grupos focales insistieron en esta opción mayoritaria por realizar la formación durante la jornada laboral y la necesidad, por tanto, de que la actividad requerida o desempeñada en el puesto de trabajo se flexibilizara o adecuara para poder atenderla. Se desprende de la investigación realizada que esta integración en la actividad cotidiana de los y las profesionales sanitarios se consideraba importante por dos razones diferentes. Por un lado, porque lógicamente facilitaba el acceso a la formación, al acercarla al puesto de trabajo, incentivaba su seguimiento o, al menos, no disuadía o no implicaba una dificultad añadida, comparada con aquella que se cursa fuera del horario laboral. Además, se señalaba que el hecho de realizarse en el centro de trabajo favorecía que la formación se vinculara en mayor medida con la experiencia práctica y cotidiana de los profesionales del centro y atendiera de forma más cercana sus necesidades. Por otro lado, porque de acuerdo a los y los informantes durante el trabajo de campo, esta integración en la jornada laboral contribuía a dotar de importancia a la formación en violencia de género, al señalar qué es importante y, por tanto, a integrarse entre las obligaciones cotidianas del personal sociosanitario; se señalaba que, si forma parte de la jornada laboral, es que se le da prioridad al tema abordado en la formación.

> *"Incentivar también la formación, porque la formación, hasta hace unos años -yo me pierdo mucho en las leyes- teníamos no sé si eran 40 horas al año para formarnos y eso entraba dentro de tu horario laboral, pero ahora la formación es fuera, entonces si, por ejemplo, en urgencias, si tengo que echar mano del tiempo personal para formarme, voy a ver si lo hago, y luego, cuando eso ocurre, pues generalmente en la sección de urgencias, y yo creo que el sistema sanitario en general, está muy, no sé cómo decirlo... [centrado] con la patología. Y en el servicio hospitalario mucho más, solamente pensamos en infarto, en edema de pulmón... y nos vamos a formar en cómo se hace una reanimación, en cómo tal... cuando hay muchísimos motivos de consulta, muchísimos, que son por problemas sociales, que es otro tipo de enfermedad. Entonces esa dimensión no se ve para nada, no se ve y mucho menos en hospitalaria, y mucho menos en los servicios de urgencias y, sin embargo, son muchos motivos de consulta, entonces en vez de hacer de puerta giratoria para saber dónde derivarlo hacemos de muro de contención, por eso cuando decías lo del accidente en la cabeza pues sí, a lo mejor, ni sabemos los recursos que hay, ni sabemos el protocolo que hay, ni sabemos cómo comunicarlo, entonces no me meto ahí. Yo siempre digo que si somos capaces de derivar al cardiólogo, al neumólogo, ¿por qué no podemos derivar al trabajador social? ¿por qué no podemos derivar al CAVI, que me estoy apuntando aquí, porque no sé lo que es [risas de las participantes], que a lo mejor debería saberlo" (G-3)*

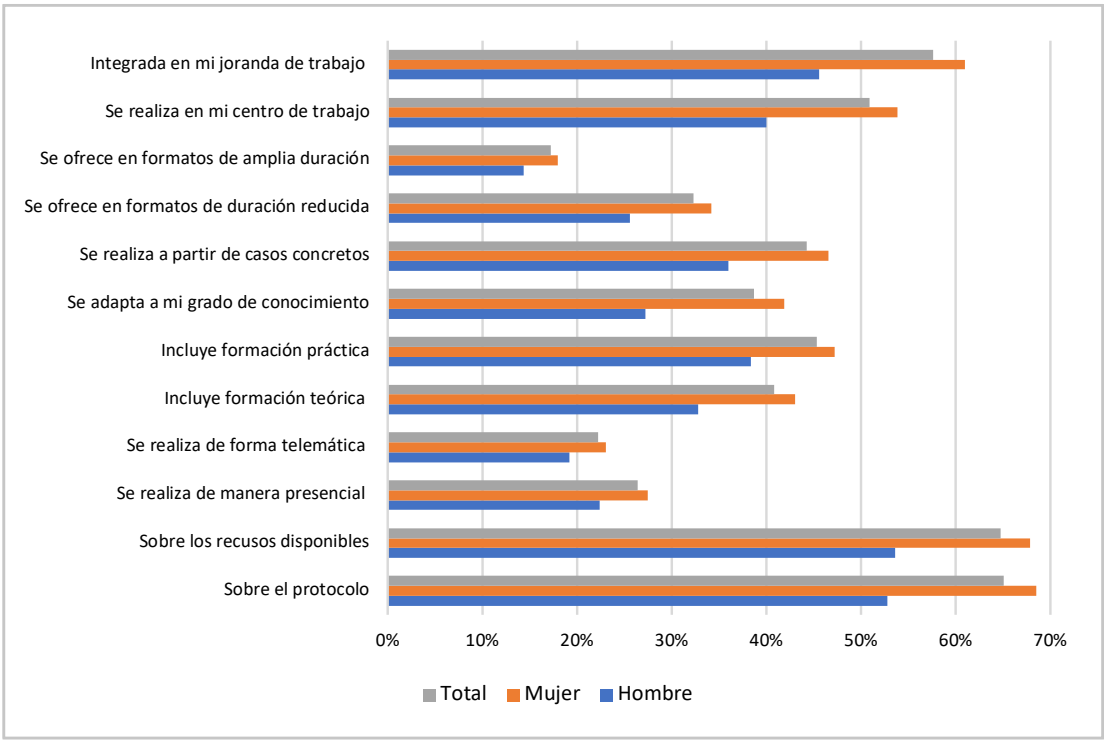
> *"Y es posible formar dentro del horario de trabajo y que no dependa de... yo como responsable de docencia tengo que pensar "vamos a hacer una sesión*

de "x" para los residentes". Y tal vez se puede hacer así. Es bueno que esté integrado en el horario profesional porque así los profesionales van a adherirse mejor, también van a ver que es algo importante, si viene promovido desde el servicio central. Y luego que haz un curso de 4 tardes de 5 a 7, no se va a apuntar nadie, solamente los súper motivados" (G-2)

Además, en ocasiones se señala la dificultad de conciliar la formación en horario de trabajo con la práctica asistencial, muy exigente, particularmente en el ámbito hospitalario. De ahí la necesidad de facilitar la formación en horario de trabajo, pero contemplando o atendiendo, además, a las necesidades propias del servicio. También relacionado con este aspecto, especialmente el personal de enfermería refiere la dificultad de que les sea concedido permiso (sobre todo en determinados servicios) para poder asistir a una formación en horario laboral. En ocasiones se desprende de las valoraciones de algunos participantes en los grupos focales que el escaso interés en la formación en violencia de género mostrada por algunos de los responsables se puede relacionar, por un lado, con el temor a que se desatienda el trabajo asistencial, y por otro, con el cuestionamiento de la formación en este ámbito, por otro:

"En los servicios que he estado trabajando, lo que más tienes que hacer es ver pacientes. La formación del profesional sanitario desde la Jefatura se puede ver como que te vas a perder el tiempo, como que te vas... Y cuando te vas a ir a algo de violencia... Lo que tienes que hacer, lo que se mira, es que estés viendo pacientes y pacientes. Cuanto más veas mejor. Que sea algo de violencia se puede cuestionar" (G-2)

Gráfico 49. "Muy importante" a la hora de realizar formación en violencia de género (%)



"Yo me acuerdo, cuando estaba en el hospital, si me coincidía un curso y estaba trabajando, no me lo daban [el día libre, para asistir a la formación], y yo decía, vamos, es que yo quiero ese curso, "pues te coges asuntos propios". Pues mira, pues va a ser que no. Si la formación va a ser a mi costa, pues no" (G-3)

En el anterior gráfico se recogen, a modo de resumen, los porcentajes de personas encuestadas que han señalado cada factor como "muy importante" a la hora de decidirse por la realización de una formación específica en violencia de género. Como puede observarse, cuatro características destacan por encima del resto:

- La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre el protocolo y la forma de proceder ante un caso de violencia de género (65,1%).
- La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre los recursos y dispositivos disponibles para atender a una víctima de violencia de género (64,8%).
- La formación está integrada en mi jornada de trabajo y, por tanto, ésta se reduce y adecúa para poder atenderla (57,6%).
- La formación se realiza en mi centro de trabajo (50,9%).

Respecto a las diferencias por sexo, resulta de interés poner de relieve que, **en todos los ítems previstos, las mujeres destacan la importancia de los mismos en un porcentaje significativamente superior al mostrado por los varones**. El mayor interés, sensibilización y formación sobre la violencia de género que, en términos generales, presentan las mujeres podría explicar esta mejor valoración sobre las características que debe reunir la formación.

Además de las cuestiones ya referidas, identificadas como necesidades de formación y que fueron trasladadas al cuestionario como preguntas específicas, en el trabajo de campo cualitativo se identificaron otro conjunto de necesidades por parte de los y las profesionales sociosanitarios participantes, que nos detendremos a comentar brevemente a continuación.

En primer lugar y como elemento que de alguna manera agrupa a distintas valoraciones recogidas a lo largo de este trabajo, se insistió en que la formación sobre violencia de género **debería integrarse de manera prioritaria y decidida en los programas formativos, estableciendo algunos criterios que la hagan obligatoria o, al menos, promuevan incentivos suficientes para que se realice**. En este sentido, se insistió en la necesidad de integrarla en los planes y programas reglados de formación, tanto para residentes como para el personal más estable que tiene a su alcance la formación continuada. El identificarlo como un ámbito en el que resulta voluntario formarse, que parece quedar sujeto a la elección del profesional, hace que –como hemos señalado más arriba- esta formación sea percibida como un ámbito menor o menos importante para el desarrollo de la actividad profesional del personal sociosanitario. Además, hace que los y los participantes de los cursos y programas de formación en violencia de género sean, con frecuencia, sólo personal ya familiarizado o sensibilizado con el tema y que, bien de forma reglada bien autodidacta, se haya formado en este ámbito. Por último, se señala especialmente por parte del personal en formación entrevistado que al estar limitada o restringida la formación, es decir, que sólo se puedan cursar algunos cursos anualmente, se tiende a priorizar otros contenidos formativos, bien por orientación del responsable docente o del servicio, bien porque al estar al comienzo de la trayectoria profesional se identifican otras áreas como más importantes.

"No es que te obliguen, que te favorece mucho que lo hagas y sobre todo en ciertos puestos de trabajo y creo que eso es... Podría ser interesante. O sea, que no se considere que porque estén motivados lo haces, sino que si tienes que trabajar de esto tienes que hacer eso, igual que... No me imagino un ginecólogo sin saber una ecografía, pues igual... tiene que ser una competencia más" (Entrevista)

"También es verdad, que no lo he comentado y lo comento ahora, que muchas veces, como las especialidades tienen tanto campo, tantas cosas que aprender, al final eso, como lo tienes que hacer fuera del horario, ¿quién va a ese tipo? Pues quién está más interesado, tiene más motivación, y casi siempre nos encontramos las mismas personas: las mismas matronas, los mismos médicos de familia, los mismos ginecólogos..." (Entrevista)

"La demanda interna está, lo que no tienes es demanda de formación. Es lo que le estaba comentando antes a [ella]. Porque tú haces un curso de ese tipo y tiene que ser largo, por la tarde... pero hay tantas cosas que tienen que hacer y tantas cosas que tienen que aprender que esto no es prioritario. Sin embargo, si tú les haces una pregunta a ellos, si saben manejar esto,... hay mucha necesidad que no se traduce siempre en que hagas un curso y lo tengas" (Entrevista)

"Claro, tú no estás obligado a meterte a ese curso y dependiendo de la especialidad en la que te encuentres, bueno, si solamente tienes posibilidad de apuntarte a 5 al año, tienes que hacer una especie de selección, entonces piensas que siempre vas a tener la oportunidad de formarte en violencia de género, pero que en el contexto de estar en primer año de residencia pues te resulta más útil formarte en antibioterapia o yo qué sé, técnica diagnóstica-terapéutica en urgencias... no sé cómo decirlo" (Entrevista Residente 2)

"Tú piensa que entras ahí sin saber prácticamente nada y te ofrecen una serie de cursos, y en ese curso dicen cómo utilizar antibióticos, cómo hacer que un paciente no se muera en urgencias, como no sé qué,... y violencia de género. Pues dices "ya está, blanco y en botella, antibióticos, que no se muera, medicación de urgencia"... y dices "claro en algún momento cuando tenga menos carga, me meteré" (Entrevista Residente 2)

Si la formación en violencia de género no se integra en la formación, de un lado, de manera estructurada, sistemática y –en buena medida- obligatoria, es decir, señalada explícitamente como necesaria para los y las profesionales de un servicio y, de otro lado, no se realiza de forma trasversal y generalizada, llegando a todo tipo de profesionales independientemente de su especialidad o su mayor interés o predisposición se corre el riesgo, como señalaban algunos informantes estratégicos en las entrevistas, de identificar una necesidad de formación sólo cuando hay una demanda expresa de los profesionales; y viceversa: obviar necesidades importantes de formación porque no se produce o se explicita esa demanda.

"Yo veo que la necesidad no está ahí, la necesidad está en la dirección de ese modelo descentralizado, que tenga una vocación y un compromiso activo en ese ámbito, yo veo que está en el conjunto de los profesionales sanitarios de los hospitales de forma genérica y, luego, en la mayoría de los profesionales de puertas de urgencias, de atención primaria, de obstetricia, de salud mental, que están callados, que tienen silencio, que tienen miedo cuando llega, que no existe, que no ocurre, que ellos asumen un riesgo ahí y es un riesgo que a veces les cuesta mucho superar. Y ahí está la necesidad. Es una necesidad invisible, es una necesidad informal... Por eso es muy importante volver al principio, para saber quiénes son los responsables y poder marcar una estrategia. Pero para mí la necesidad, en el equipo de atención primaria de un centro de salud, probablemente sean los hombres que [sostienen o piensan] para ellos eso no existe. Y ahí está la necesidad, desde mi punto de vista" (Entrevista)

Como ya se ha apuntado en anteriores apartados de este informe, se señala de manera consensuada la necesidad de **abordar la formación en violencia de género desde el comienzo de la formación sociosanitaria**, es decir, también desde el ámbito universitario y, por supuesto, reforzarla una vez que se accede al sistema sanitario, bien a través de un programa reglado de formación (como la residencia) como mediante otras formas de acceso al sistema. Ya se ha apuntado que, en general, la formación en esas etapas formativas se percibe como muy insuficiente y de poca utilidad para el desempeño profesional.

"Noto que este tipo de competencias hay que darlas desde el principio de la formación. Sería ideal que empezara en el currículum universitario, por lo menos esa sensibilización y esas necesidades y que en las residencias se den también. (...) Ya os digo, entre saber una ecografía maravillosa, la última técnica de laparoscopia, el último tratamiento que tal... pues claro, si en medio, llego yo con la mutilación, que ven una de vez en cuando, pues es más fácil irse a lo otro. Pero, si desde el principio hay una sensibilización y una necesidad de atender a esas mujeres, eso se mantiene. (...) A nivel general, si hubiera que hacer un cambio importante, yo creo que todo esto hay que hacerlo desde el principio. Ojalá se pudiera hacer desde la universidad, o sea, como un contenido transversal" (Entrevista)

"También es un poco "lo que no ves, no te lo planteas". Porque en todas nuestras rotaciones hospitalarias... o sea, cuando nosotros damos una asignatura en un curso luego hacemos una práctica relacionada con esa asignatura. Entonces, claro, tú das la asignatura de Cardiología, pues vas a rotar en el hospital en Cardiología. Claro, en el hospital es muy difícil encontrarte un caso de una paciente ingresada y que tú estés pendiente, o que veas indicadores o cualquier cosa sobre violencia de género porque la paciente no está ahí, bueno, en ese momento por ese motivo, por lo menos está por otro motivo que a priori corre más gravedad. Entonces ¿dónde hemos rotado nosotros que nos pueda servir para darnos cuenta de qué es, que eso existe? En Medicina de familia, en Primaria, que rotamos... ¿un mes? (...) A eso me refiero, que, por ejemplo, nosotros tenemos una asignatura que es Psicología, Medicina Legal... pero todo va muy enfocado a... ¿Medicina Legal?, pues hacemos una autopsia. Pero, claro, aunque veamos un módulo de violencia de género, ¿cómo lo abarcamos prác-

ticamente? No tenemos un apartado práctico de ese módulo... Todas las asignaturas son muy hospitalarias y cada vez que hacemos una rotación por ellas va dirigida a esa patología hospitalaria, y os digo solamente tenemos contacto con el tema de violencia de género en Medicina de familia y no como tal en Medicina de familia, sino rotando con el trabajador social" (Entrevista Residente 2)

Participantes en grupos focales que han tenido experiencia de formación con residentes o también en la formación universitaria insisten en el casi completo desconocimiento de los y las estudiantes en su etapa universitaria. Señalan una formación, específicamente en la carrera de Medicina, que queda reducida a unas pocas horas encuadradas en un módulo de Medicina Legal (muy dirigida a los aspectos probatorios y judiciales de la práctica sanitaria, así como a determinadas pruebas periciales toxicológicas). En el caso de la formación a residentes también se señala insistentemente esa carencia, que distintos participantes refieren reducida a "una charla de bienvenida sobre violencia de género, cómo se cumplimenta el parte de lesiones..." (G-1). Sólo en el programa de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria los y las participantes señalaron que se incluye de manera más amplia. En todo caso, y dado que sí existe un programa docente durante el período de formación de la residencia y que, particularmente en algunas especialidades, se incluyen contenidos específicos sobre violencia de género, resulta significativo que la valoración sobre esta formación sea negativa y, sobre todo, parezca pasar inadvertida entre una parte significativa de los profesionales sanitarios.

"Estaría bien, igual que se dan muchas otras cosas que tú no les das utilidad ninguna en la carrera, muchas cosas que se repiten a lo largo de los seis años. Pues innovar y meter cosas nuevas que sean realmente interesantes y que nos puedan servir para aplicar en el futuro" (G-4)

Además, algunos participantes en los grupos focales expresaron su preocupación acerca de que estas carencias formativas pudieran conducir en mayor medida a un tratamiento y diagnóstico inadecuados en los primeros momentos de la trayectoria profesional, aún en formación.

"Quizá el contenido no sería exactamente igual que el médico, pero para una introducción al tema yo creo que sí. Porque, además, los residentes sí que hacen luego guardias en urgencias; y son los que ponen unos diagnósticos..." (G-1)

Aunque hay un sentir generalizado en que la formación en violencia de género debe ***adelantarse*** o priorizarse también en las etapas formativas iniciales, como la de la residencia, otros informantes entrevistados señalaron también como recomendable y adecuada otra estrategia de formación, consistente en **formar a los y las responsables de formación y a los tutores y tutoras** para que, a su vez, estos formen al personal en formación o incentiven su formación en este ámbito (***de arriba abajo***), como ya se ha apuntado más arriba. Seguramente se trate de estrategias complementarias pero que en todo caso ponen el foco en el personal en formación, combinando formas directas e indirectas de favorecer su formación.

"Habría que empezar la formación con los jefes y no con el último que llega. (...) Por ejemplo, se empezó muy pronto a formar a los residentes, pero yo siempre he sido partidaria de que deberíamos haber apostado por los tutores. Es lo mismo que cuando se educa en el colegio: si educas en el colegio a no decir tacos, llegas a tu casa y no paras de oír tacos... en fin. Para qué decir: esa educación se va por el cubo de la basura. Aquí un poco igual. Si el MIR se forma pero el tutor no usa esos conceptos, no es tan importante como si los usa. Si no formas al residente pero ve que el tutor lo usa, le picará la curiosidad o le dirá directamente que se lo estudie. Quiero decir, la formación de los MIR puede llegar directamente o indirectamente, y posiblemente sea mejor indirectamente, es mi opinión. (...) mirando desde el punto de vista del objetivo al que queremos llegar, que es que llegue cuanto antes al máximo de personas posible, pues me parece que hay que apostar por los tutores" (Entrevista)

Incluir nuevas temáticas o miradas en la formación sobre la violencia de género son algunas de las cuestiones que se han apuntado como posibles necesidades de mejora. En este sentido, trabajar con los hombres, en tanto parte que fundamental de una relación de violencia, y promover una construcción de la mujer como un sujeto activo y con autonomía son las más señaladas. Igualmente, se ha manifestado la importancia de incluir formación en otros tipos de violencia que forman parte de la violencia ejercida contra las mujeres, como la violencia vicaria ejercida contra los descendientes.

"Nosotras hemos hablado muchísimas veces aquí de toda la población que atendemos de hombres en salud mental, y en drogodependencias ya es la pera, asociada a conductas de maltrato hacia la mujer. Hombres con consumo de alcohol, eso sabemos que es súper frecuente; y pasan las consultas y no se aprovechan esos espacios, que podrían ser estupendos, para incidir en un cambio de mirada, en un respeto por la pareja, en no tolerar comentarios machistas. Este tipo de prácticas que tenemos a diario que son oportunidades únicas para poder mandar otra imagen y, posiblemente, no las estamos aprovechando" (Entrevista)

"Por ejemplo, yo creo que nos hemos formado muy poco, yo incluida, en la masculinidad. Le prestamos muchísima atención a las mujeres, pero no tanta a los hombres; cuando al final es una relación, es un fenómeno relacional. Yo veo que van de la mano. Porque además, por supuesto, la mujer tiene cosas que hacer, no es una mera víctima pasiva que todo le llueve (lo bueno y lo malo), no. De hecho, yo creo que en las consultas lo suyo sería activarla a ella para que sepa también qué se supone que tiene que hacer. No solo romper, eso ya lo decidirá ella, pero sí no pasivizarse más. Las salidas apuntan a que ella tome las riendas de su vida" (Entrevista)

"Donde más limitación, al menos donde yo me he encontrado, es con la violencia vicaria, que es la que se ejerce en los niños, como instrumentos. Ahí sí que tenemos una falta de recursos y una falta de medios para poder actuar, porque aunque se ponga la orden de alejamiento de la madre, se sigue manteniendo el régimen de visitas, entonces es un tema donde creo que, además de haber

poca formación, hay poco margen de actuación y es un tema que me parece más importante" (G-1)

Vinculado con el punto anterior, se considera muy relevante señalar que, tanto en las entrevistas a médicos residentes como en el grupo focal realizado con personal de enfermería, se planteó la necesidad de **dotar a las mujeres que forman parte del Servicio Murciano de Salud de formación, herramientas y recursos que les permita defenderse y actuar ante agresiones machistas o sexuales**. Es decir, qué hacer cuando ellas son las víctimas.

"También informativo, a cada una como, a nivel ya personal, porque nosotras también podemos durante la formación o en prácticas, o lo que sea, sufrir algún tipo de violencia de género y tampoco se nos informa, no se nos explica, ni se nos dice qué recursos tenemos, por lo menos yo creo que no he recibido nunca ese tipo de información" (Entrevista Residente 1)

"Si tú eres el personal sanitario que atiende a una paciente de violencia de género te dicen "este es protocolo"; pero, y si a ti durante tu formación te ocurre algo, ¿qué haces? Yo de eso creo que nunca me han dicho: "mira, pues tiene este sitio para recurrir, este teléfono al que preguntar, esta persona" Yo creo que no" (Entrevista Residente 2)

"Bueno, ¿acoso sexual por parte de médicos? ¡Tela! Yo, en el centro de salud en [localidad], que estuve trabajando un año de enfermera pediátrica, un pediatra directamente cerró la puerta con pestillo y se acercó a intentar besarme. Y yo, me acuerdo el momento en el que vi que se estaba acercando y puso el pestillo en la puerta, decir "¿qué hago yo aquí?" (...) Se lo dije a una compañera que era pediatra del centro de salud y ella habló con él. Y la solución del centro fue que no coincidiese con él en los turnos. Y me he encontrado en el [hospital] con un médico muy mayor, que se pasea por ahí... tocarte el culo, sobre todo cuando era estudiante. (...) Además me dijeron "cuidadito con éste", se sabe, totalmente" (G-3)

Algunos de los informantes estratégicos, especialmente aquellos más vinculados con las tareas de formación, han señalado igualmente la necesidad de poder **acceder a mejores plataformas informáticas** que permitan, además de más opciones y herramientas para la continua mejora de la formación online, disponer de espacios de almacenamiento y difusión de materiales y recursos.

"Porque las plataformas... no tenemos una buena. Si lo podéis decir, lo decís. No tenemos una buena plataforma. Las plataformas que tenemos son malísimas, hacen que no todo el mundo pueda participar, con lo cual es un desastre. Es necesario tener una buena plataforma, sin una buena plataforma no funciona" (Entrevista)

"Entiendo que tienes que tener un espacio, virtual o real, donde conozcan quién es responsable, donde esté definido los recursos que hay, y que el responsable se los conozca al dedillo, para que el resto de compañeros le puedan preguntar, y me parece que son necesarios, lo comparto" (Entrevista)

Se ha señalado de forma insistente que la formación en violencia de género debería abordarse de forma paralela y complementaria a otros contenidos formativos sobre **habilidades, herramientas y técnicas de comunicación**, que se perciben como recursos fundamentales para la detección y tratamiento adecuados de casos de violencia de género y para mejorar el trabajo en la consulta o en la práctica asistencial en general.

> *"Yo me acuerdo que en esta formación se hacía muy presente la importancia de buscar el momento adecuado para la pregunta, para una pregunta no directa. No puedes decir "tu marido te pega" ni "tu marido te maltrata". Y también, cuidado con los consejos. Yo también... eso es algo que... nos corresponde a los profesionales acompañar, es que ni aconsejar diría yo" (Entrevista)*

> *"Ahora con el tema del COVID me viene bien, porque solamente entra una persona, que es el afectado. Entonces tiene más libertad la persona de contestar. Porque, claro, hay que preguntar de tal manera que no ofenda, "¿van bien las cosas en casa?" Entonces empiezan a mirar para abajo, o se miran, pero uno baja la cabeza... como que hay que ver las herramientas también de... lo no verbal, porque también son como avisos. "Oye, no me cuadra esto con luego la historia...". Todo lo que sean herramientas nos viene muy bien a la gente que trabajamos, para captar e intentar perder la menor información posible. Pero sí que es verdad que he visto que tienen más confianza cuando entran solos que cuando... De hecho pasa con gente mayor (...) Lo que necesitamos son herramientas para captar la máxima información posible de estas situaciones" (G-3)*

> *"En el trabajo en atención primaria solemos tener relaciones muy próximas a los pacientes y a las familias. Pero [se trata de] un determinado tipo de comunicación específica para tratar esos temas. Estamos muy habituados a tratar con los pacientes y sus entornos, pero es verdad que en esto no nos sentimos con habilidades. (...) el tema de la comunicación: técnicas de comunicación, entrevista motivacional... y creo que es una forma de lenguaje que una vez que lo aprendes, digamos, te abre un montón de puertas. Cómo, con el mismo tiempo, puedes aprovechar mucho mejor las oportunidades de comunicación con el paciente. Yo creo que tiene mucho en común y creo que en la atención primaria sería bueno no solamente en atención específica en violencia de género sino en técnicas de comunicación. Sabemos explorar la rodilla y la lumbalgia, pero luego toda la aproximación a los problemas internos del paciente nos cuesta" (G-2)*

Especialmente en los grupos focales se destacó también la posibilidad de **profundizar en la formación de formadores** como una estrategia que ya se ha desarrollado entre el personal sanitario, con mayor o menor recorrido según el centro de trabajo y la especialidad, y también en alguna formación sobre violencia de género, de carácter especializado, como la relacionada con la difusión del protocolo de mutilación genital femenina. De estas valoraciones se desprende la necesidad de seguir explorando esta estrategia formativa en materia de violencia de género. Como se expresaba en uno de los grupos de forma especialmente gráfica: "Cada día van unos y al final todos nos formamos".

"Yo, pensando en cuanto a formación y en cómo acercar este tema a los distintos servicios, nosotros [tenemos] una estrategia que a mí me gusta mucho y es que uno o dos representantes de cada servicio de toda la Región de Murcia (...) va a una formación concreta y entonces la propia unidad te exige: de cada centro tiene que venir una o dos personas, que después se van a encargar de transmitir toda esa información al resto de compañeros del dispositivo en el que cada uno se encuentra. Y yo creo que si esto, la violencia de género -protocolos, actuación etcétera- se hiciese de esta manera..." (G-1)

"Quizás, desde la Jefatura, detectar aquellas personas que... lo que se necesita es formar a formadores, ¿no? Porque si te das autoformación y hay un 3% de gente que se autoforma, pues sí, detectar a aquellas personas que se vinculan más, formar a... Hacer una formación escalonada. Formar a personas que continúen la onda" (G-2)

Aunque se señaló, en general, tanto en los grupos realizados como en las entrevistas, que hay determinadas áreas de trabajo y especialidades, que por sus características y por el contacto más frecuente y directo con los y las pacientes deberían ser aquellas en las que se profundice en la formación en violencia de género, también se destacaba la necesidad de **incorporar de manera más decidida a otras especialidades que pudieran colaborar en las tareas de prevención y detección temprana**, como es el caso de Pediatría, Ginecología o Traumatología.

"Yo creo que más formación multiprofesional, más unirnos todos en la formación, porque realmente el pediatra está más predispuesto a detectar el maltrato y muchas veces van unidos [la violencia contra las mujeres y contra los menores]. Pero muchas veces no lo detectamos en la entrevista con las madres. Por ejemplo, en urgencias, los domingos, se ve generalmente una madre con un niño que ha estado el fin de semana con el padre, para comentar datos que podrían ser indicadores de maltrato, por abandono, por negligencia, por suciedad, por hematoma poco visible... es muy frecuente, y al final le quitamos valor porque es frecuentísimo. Luego vemos casos de maltrato con más evidencia, pero no detectamos lo que hay detrás... hay un maltrato contra la madre, agresiones físicas o verbales mantenidas que hacen... no sabemos detectar eso. Entonces, ¿cómo detectar eso? Pues seguramente la pediatría no nos de esa formación. (...) Lo que sí es muy interesante es que la pediatría tenga un punto de vista ahí porque cada vez vemos más adolescentes en violencia de género y generalmente el maltrato infantil lleva detrás una violencia de género" (G-2)

En último lugar, se considera interesante destacar que se ha presentado de forma frecuente, aunque en ocasiones paradójica, la necesidad de realizar una formación más centrada en **abordar la violencia de género como un problema de salud y relacionado con la práctica estrictamente asistencial del profesional**. Se desprende especialmente de las intervenciones en algunos grupos focales y entrevistas que una formación más dirigida al origen, a explicar las causas de la violencia de género y su vinculación con la desigualdad de las relaciones de género, podría disuadir a algunos profesionales a la hora de implicarse e interesarse en la formación sobre violencia de género y, así, también de incorporarla de forma efectiva en su práctica profesional. Se alude a las posibles resistencias que inhiben el interés del y la profesional sociosanitaria en realizar formación sobre violencia de género, que pueden estar causados con una perspectiva

distinta acerca de las funciones del y la profesional sanitaria, pero también con otras razones éticas e ideológicas. En ese sentido, se señala la necesidad de incidir en la formación en los aspectos clínicos y en la cronificación de determinadas situaciones que puedan generar, a la postre, mayores problemas de salud y bienestar en las pacientes.

"Yo también lo desvestiría de toda ideología, de ideas,... Manejo clínico de un problema que es un problema de salud de la mujer, punto, y ya nos quitamos las cosas (...). Un problema clínico que es igual que si tiene una neumonía, entonces hay que tratarlo como tal. (...). [Si no], te quitas a la mitad de la gente. Si tú empiezas a revestirlo con todo eso... crea una resistencia. (...) Yo creo que es muy importante verlo como una... como una enfermedad, no una enfermedad, pero vamos, como un problema de salud de la mujer, y partir de ahí. Porque yo qué sé, tú tienes dos vías: desde la igualdad o decir: "esto es un problema de salud de la mujer, lo reconozco como un problema de salud de la mujer y a partir de ahí voy a estudiar por qué pasa" (G-1)

"Más allá del tema este de que lo puedas tomar con mayor o menor sensibilidad o con más rechazo, yo creo que hay algo que es fundamental y es que somos profesionales de la salud, somos sanitarios y nuestro objetivo esencial del día a día es obtener el mayor bienestar de nuestros pacientes, mayoritariamente mujeres (...). Que es un problema de salud importante. Para la mujer en primer lugar u otros afectados, para la familia y para la sociedad de la misma forma que afectan los problemas psicopatológicos, o la diabetes, o se muere la gente de infarto. Y eso es lo que no hemos conseguido trasladar ni siquiera a la sociedad, cuanto menos a los profesionales sanitarios. Es que este es un problema. (...) Esas herramientas son las que necesitamos. Y, ¿desde dónde tienen que venir? Desde quienes proveen los recursos y determinan las directrices de actuaciones en los centros de salud, en los hospitales y tal. Y con los recursos adecuados" (G-2)

"Y lo que tienen que saber los profesionales es que esto es como la diabetes. Tengamos este concepto claro desde pequeños, y de la diabetes se estudia todo, ¡pues esto lo mismo!". Las causas y qué hay que hacer, pero nos quedamos en la mitad" (G-2)

4. CONCLUSIONES Y *RECOMENDACIONES*

Se valora positivamente por parte del personal las experiencias de formación en equipo realizadas hasta la fecha, tanto en violencia de género (aunque limitadas hasta ahora) como en otros ámbitos de formación en los que la experiencia ha sido más dilatada.

Insistir en la estrategia de formación de formadores, de tal forma que un compañero o compañera pueda formar al resto del equipo/servicio/centro.

Se ha identificado una inseguridad significativa por parte del personal sociosanitario a la hora de identificar y delimitar su función o funciones ante un caso de violencia de género.

Concretar e identificar la función o funciones del profesional sanitario ante un caso de violencia de género, para dotar de seguridad a sus actuaciones.

Incidir en la formación destinada a fomentar la capacidad de adaptar las actuaciones a las necesidades de la víctima (por ejemplo, qué hacer ante los conflictos que puedan producirse entre los deseos de la víctima y las exigencias del protocolo).

Destaca un amplio desconocimiento por parte del profesional sociosanitario sobre el protocolo de actuación en situaciones de violencia de género, así como sobre los recursos y dispositivos disponibles para derivar a una paciente.

Facilitar el acceso a la información sobre los recursos y dispositivos disponibles para atender y derivar a una víctima de violencia de género.

Insistir en la formación destinada al conocimiento del protocolo de actuación en situaciones de violencia de género.

Se ha detectado una carencia entre el personal sociosanitario a la hora de detectar los indicios iniciales o menos manifiestos de de la violencia de género.	*Fomentar la formación destinada a la prevención y detección de la violencia de género ("captar lo oculto").*
Se identifican carencias de formación sobre técnicas y herramientas de comunicación que dificultan, en general, la relación personal con el o la paciente en la consulta o en la práctica profesional, así como particularmente la detección y seguimiento de casos de violencia de género en aquellas situaciones en las que no hay indicios suficientemente evidentes de violencia.	*Incluir contenidos formativos sobre habilidades, herramientas y técnicas de comunicación.*
Destaca que el personal sociosanitario percibe carencias importantes en cuanto a la claridad, accesibilidad y suficiencia de la oferta formativa, así como al alcance de la difusión de la información sobre ésta.	*Mejorar las vías y estrategias de difusión de la información referente a la oferta formativa disponible.*
Existe un amplio desconocimiento de la figura de responsable o coordinadora de violencia de género en los centros de trabajo, así como de sus funciones. También se destaca que estos profesionales no reciben formación en materia de violencia de género de manera regular o sistemática.	*Dotar de mayor reconocimiento y de unas funciones específicas a la figura de responsable o coordinadora de violencia de género.*
Se realiza una valoración muy positiva de las experiencias de trabajo en equipo o en red (entre profesionales, entre centros), al tiempo que se insiste en la necesidad de abordar los casos de violencia de género de una forma trasversal. Igualmente se demanda que la formación en violencia de género se oferte a todo el personal sociosanitario, independientemente del colectivo o grupo profesional al que pertenezca, para favorecer ese trabajo multidisciplinar y para mejorar las labores de prevención y detección	*Formar a todo el personal sociosanitario en dimensiones o herramientas contra la violencia de género que, tradicionalmente, han quedado restringidas al personal médico.* *Avanzar en una mayor estructuración, coordinación y comunicación en el abordaje y seguimiento de casos de violencia de género (coordinación y trabajo en equipo).*

Destaca la heterogeneidad de perfiles y grados de sensibilización, conocimiento y formación en violencia de género entre el personal sociosanitario.	*Desarrollar una estrategia de formación con distintos niveles de profundidad y temáticas que dé así repuesta al grado de conocimiento desigual entre los distintos perfiles que componen el personal sociosanitario.* *Impulsar el desarrollo y consolidación de una estructura clara que marque y oriente los itinerarios formativos.*
Se han valorado muy positivamente las experiencias de formación que incorporan una dimensión más práctica, así como aquéllas en las que la formación ha estado más vinculada a la experiencia y necesidades cotidianas del trabajo asistencial del personal sociosanitario	*Profundizar en la vinculación de la formación en violencia de género con la experiencia práctica y cotidiana de los y las profesionales del centro. Vincular los contenidos de la formación con el ejercicio profesional.* *Seguir avanzando en nuevos formatos y metodología de formación.*
Se valora muy positivamente por parte del personal sociosanitario que la formación en violencia de género se realice durante la jornada laboral y en el centro de trabajo, por distintos motivos: para facilitar la conciliación entre vida personal y laboral, para vincular la formación recibida con el ámbito específico de trabajo, para compatiblizarla con las necesidades del trabajo asistencial, para que la formación llegue a todo el personal y para contribuir a dotar de mayor relevancia a esta formación.	*Integrar la formación en violencia de género en la jornada laboral y en el centro de trabajo.*
Se valora con interés la formación sobre violencia de género entre el profesional sociosanitario. No obstante, se identifica también su alcance limitado al haberse tratado hasta ahora fundamentalmente de una formación voluntaria, a la que frecuentemente ha accedido personal ya sensibilizado y en ocasiones con formación previa en este ámbito, pero a la que buena parte del personal sociosanitario habría permanecido relativamente distante.	*Integrar esta formación de manera prioritaria y decidida en los programas formativos, estableciendo algunos criterios que la hagan obligatoria o, al menos, promuevan incentivos suficientes para que se realice.*

Se destaca una notable insuficiencia de formación en violencia de género durante las etapas formativas iniciales como profesionales sociosanitarios, que se identifica como prácticamente ausente durante la formación universitaria e insuficiente durante las etapas en formación de acceso al sistema sanitario.	*Abordar la formación en violencia de género desde el comienzo de la formación sociosanitaria, es decir, también desde el ámbito universitario y reforzarlo una vez que se accede al sistema sanitario.*
Se valora el recorrido realizado en relación a la formación en violencia de género, paralelo a un mayor interés público y profesional sobre este ámbito durante la última década, al tiempo que se identifican nuevas necesidades para mejorar la identificación y atención de las distintas dimensiones de la violencia de género.	*Incluir nuevas temáticas o miradas en la formación sobre la violencia de género: trabajar con los hombres, en tanto parte que fundamental de una relación de violencia; promover una construcción de la mujer como un sujeto activo y con autonomía; incluir formación en otros tipos de violencia, como la violencia vicaria ejercida contra los descendientes.*
Se identifican también las carencias formativas entre el personal sociosanitario, así como el amplio desconocimiento sobre recursos y herramientas disponibles, para defenderse y actuar ante situaciones de violencia, agresión o acoso en el ámbito laboral.	*Dotar al personal del Servicio Murciano de Salud de formación, herramientas y recursos que les permita defenderse y actuar ante agresiones machistas o sexuales.*
Se destacan las limitaciones y carencias de las herramientas tecnológicas disponibles para el personal sociosanitario tanto para el acceso a la información sobre la formación (correo electrónico corporativo, tablón de anuncios, portales informativos) como para el propio desarrollo de cursos y programas formativos (plataforma virtual para la docencia y repositorio de recursos).	*Facilitar mejores plataformas informáticas (para formación y almacenamiento de recursos).*

Se destacan algunas especialidades y ámbitos de trabajo sanitario como fundamentales a la hora de trabajar en la detección temprana y atención de casos de violencia de género y, por tanto, la necesidad de insistir en la formación de sus profesionales, especialmente aquellas identificadas como de acceso al sistema sanitario (Atención primaria, Urgencias, Salud mental). Igualmente, se identifican otras áreas que hasta la fecha pudieran haber tenido una menor atención, pero que pueden resultar esenciales en esas tareas, como pueden ser Pediatría, Ginecología y Traumatología.

Incorporar de manera más decidida a especialidades que pueden colaborar en las tareas de prevención y detección temprana, como es el caso de Pediatría, Ginecología o Traumatología.

Para aquellos perfiles que pueden mostrar un mayor cuestionamiento (ideológico o profesional) de las múltiples dimensiones de la violencia de género, se ha señalado como oportuno vincular la atención de las situaciones de violencia de género -y la formación relacionada con ésta- con la práctica exclusivamente profesional y asistencial del personal sociosanitario.

Realizar una formación más centrada en abordar la violencia de género como un problema de salud y relacionado con la práctica estrictamente clínica o asistencial del profesional. La violencia de género como un problema de salud. Insistir en los condicionantes psicosociales de la salud.

RESUMEN EJECUTIVO

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

El personal sociosanitario desempeña un papel fundamental en la prevención, detección y atención de la violencia de género. Desde esta convicción, el Servicio Murciando de Salud, a través de su Unidad de Desarrollo Profesional, lleva años desarrollando iniciativas y actuaciones destinadas a la sensibilización y formación en este ámbito del conjunto de los y las profesionales que lo integran. En este marco, este trabajo ha tenido como objetivo principal conocer las necesidades formativas del personal sociosanitario de la Región de Murcia en materia de violencia de género.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado una estrategia metodológica que ha combinado técnicas de investigación de carácter cualitativo (entrevistas a informantes estratégicos y grupos focales) y cuantitativo (encuesta). El trabajo de campo se desarrolló entre marzo y noviembre de 2021

Entrevistas a informantes estratégicos. Se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas a personas que (1) hubieran participado en la promoción de programas y acciones de formación en violencia de género; (2) que, por su posición profesional, por el servicio o ámbito de salud al que pertenecen, tuvieran un mayor conocimiento sobre las necesidades formativas en relación con la violencia de género; o (3) personas fuera del ámbito sanitario implicadas en los procesos de detección y atención en caso de violencia contra la mujer.

Grupos focales. Se llevaron a cabo 4 grupos focales.

Grupo 1	Personal facultativo sanitario especialista
Grupo 2	Personal facultativo sanitario especialista
Grupo 3	Personal de enfermería
Grupo 4	Personal sanitario en formación (MIR y EIR)

Encuesta al personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud. La cumplimentación del cuestionario se realizaba de manera autoadministrada (sin la asistencia de un encuestador o encuestadora) y telemática, a través de la plataforma de encuestas de la Universidad de Murcia.

FICHA TÉCNICA ENCUESTA	
Ámbito	Región de Murcia
Universo	Personas de 18 y más años, que trabajan en el Servicio Murciano de Salud
Tamaño de la muestra	576 entrevistas
Error muestral	El error de los datos totales obtenidos con esta muestra, asumiendo los estándares del muestreo aleatorio simple, es del 4,02 %, con una probabilidad del 95.5% (2 sigmas) y P=Q.

Cuestionario	De tipo estructurado y cerrado
Fecha de recogida	Del 18 de octubre al 25 de noviembre de 2021

PRINCIPALES RESULTADOS

Conocimiento y sensibilización en violencia de género

Las personas entrevistadas -y especialmente las mujeres- muestran un amplio nivel de conocimiento y sensibilización en torno a dimensiones básicas de la violencia de género. Así, a modo de ejemplo, mientras un 65,5% de la muestra se muestra muy en desacuerdo con que las actitudes y comportamientos de algunas mujeres puedan fomentar relaciones de pareja violentas, un 77,3% rechaza que la conducta violenta sea innata en el hombre.

Sin embargo, conviene destacar que un 38% de las personas encuestadas -40% en el caso de los varones- considera que es poco lo que puede hacer para ayudar a una víctima de violencia de género si ésta no reconoce el maltrato. Del mismo modo, aunque la afirmación "la formación en violencia de género no es especialmente necesaria para mi especialidad" despierta el rechazo del 68,8% de la muestra, es importante resaltar que este porcentaje es casi 10 puntos porcentuales mayor en el caso de las mujeres (62,4% frente a 70,3%).

En este sentido, durante las entrevistas y los grupos focales realizados se ha apuntado que es necesario insistir en los condicionantes psicosociales de la salud entre aquellos profesionales, más varones que mujeres, que no entienden la formación en violencia de género como especialmente necesaria en su desempeño profesional. Además, se ha señalado que una parte de quienes consideran que la formación en violencia de género no resulta especialmente necesaria, ni oportuna, para su desempeño profesional, mantienen también una posición de cuestionamiento de la violencia de género.

En el caso particular del grupo focal con personal de enfermería se señaló, además, haber sufrido o experimentado situaciones de discriminación por parte de otros sanitarios, fundamentalmente facultativos sanitarios especialistas, que dejarían entrever el mantenimiento de actitudes y comportamientos machistas en las relaciones laborales.

Durante este trabajo se ha detectado también una menor formación y sensibilización en violencia de género que sobre la ejercida contra los y las menores. Esta diferencia se muestra especialmente visible en la atención a las adolescentes, en la que, aunque éstas continúen siendo menores de edad, se pueden detectar ya juicios y valoraciones atravesadas por la condición de género y que podrían comprometer una tratamiento óptimo y adecuado de situaciones de violencia de género.

Formación en violencia de género para el desempeño de la actividad profesional

Una de cada dos personas encuestadas ha señalado disponer de un bajo conocimiento sobre el protocolo de actuación en situaciones de violencia de género. Además, el trabajo muestra una muy desigual valoración de su utilidad y de su adecuación a la realidad de la consulta (quienes están más familiarizados con el protocolo son quienes mejor lo valoran).

En el estudio se ha abordado cómo de preparado se percibe el personal sociosanitario para detectar signos e indicadores de violencia de género. En este sentido, un tercio de los y las entrevistadas ha señalado ser capaz de detectarlos a partir de la atención a la paciente y del historial clínico. Un porcentaje muy similar se muestra, por el contrario, muy pesimista sobre su conocimiento en este ámbito. La saturación de las consultas médicas, que impide una atención detenida y profunda de cada una de las pacientes, ha sido identificada como una de las principales barreras en la detección de la violencia. Ahora bien, la capacidad para captar las alertas se ha vinculado no sólo al tiempo disponible, sino también al grado de conocimiento de de la paciente y de formación en violencia de género, así como a la participación amplia y efectiva del conjunto de profesionales sociosanitarios. Por último, se ha insistido en que en aquellos casos en los que no se produce una detección precoz de la situación de maltrato o violencia se corre el riesgo de que la mujer sea diagnosticada con otras patologías (trastorno mental grave, fibromialgia,...), lo que, además de incidir negativamente en su salud física y mental, limita aún más las posibilidades de que se identifique la causa real de su malestar y, en ocasiones, puede llegar a condicionar su credibilidad como víctima.

Otros indicadores relacionados con la formación en violencia de género del personal sociosanitario apuntan también a la necesidad de incidir en este ámbito. Así, una de cada tres personas que cumplimentaron la encuesta señalaron no conocer "nada" acerca de cómo realizar las preguntas adecuadas para detectar un caso de violencia de género; por su parte, una de cada cuatro consideró que no está "nada" preparada para responder apropiadamente cuando una paciente refiere ser víctima de violencia de género. En relación a la capacidad percibida entre los y las profesionales sanitarias para determinar el grado de peligro en una paciente que sufre violencia de género, 6 de cada 10 personas encuestadas señaló no poder hacerlo. En la misma tendencia, casi el 70% de los y las participantes en la encuesta indicaron no conocer cómo documentar la historia de violencia de género y los hallazgos del examen físico en la historia clínica. Además, un 42% de las y los entrevistados señaló no ser capaz de adaptar su actuación a las necesidades de una víctima de violencia de género.

Durante las entrevistas y grupos focales realizados han sido múltiples los y las participantes que han apuntado al desconocimiento generalizado sobre las implicaciones que tiene, tanto para el profesional como para la mujer, el inicio de un procedimiento de violencia de género, como el principal factor para la inacción de los y las profesionales sanitarias. Igualmente, se ha insistido en que no se dispone de manera amplia de un conocimiento suficiente para entender cuál es, en cada momento del proceso, la actuación más apropiada para asegurar una atención correcta a la víctima.

El personal sociosanitario que ha cumplimentado la encuesta señala disponer de un conocimiento muy limitado sobre los dispositivos y recursos disponibles para derivar a mujeres víctimas de violencia de género. Este desconocimiento ha sido identificado como un elemento que desmoviliza o desincentiva la actuación ante posibles casos de violencia de género.

En relación a los objetivos de este estudio, resulta también relevante señalar que el 50% de los y las entrevistadas ha señalado no conocer la existencia en sus centros de una persona responsable o coordinadora de violencia de género ni cuáles son sus funciones. Este dato viene a incidir en los resultados obtenidos en el trabajo de campo cualitativo, durante el cual informantes estratégicos y participantes en grupos focales han insistido en el poco conocimiento que existe en torno a esta figura entre el personal

sociosanitario. En relación a esta figura, sería conveniente, por un lado, dotarla de un mayor reconocimiento y de unas funciones más específicas, evitando que la utilidad de la misma dependa del compromiso e interés de la persona que la ejerza; por otro, facilitar formación y recursos a quienes ocupen estas tareas de coordinación.

Formación realizada en violencia de género y valoración de la oferta formativa del servicio murciano de salud

Más del 70% de las personas encuestadas señala no haber realizado ningún tipo de formación en violencia de género durante los últimos diez años. Entre quienes sí han realizado formación destacan los siguientes perfiles: mujeres, personal con menos años de experiencia laboral, trabajadores sociales, facultativos sanitarios especialistas, personal de enfermería y quienes trabajan en Centros de Salud Mental y en Atención primaria

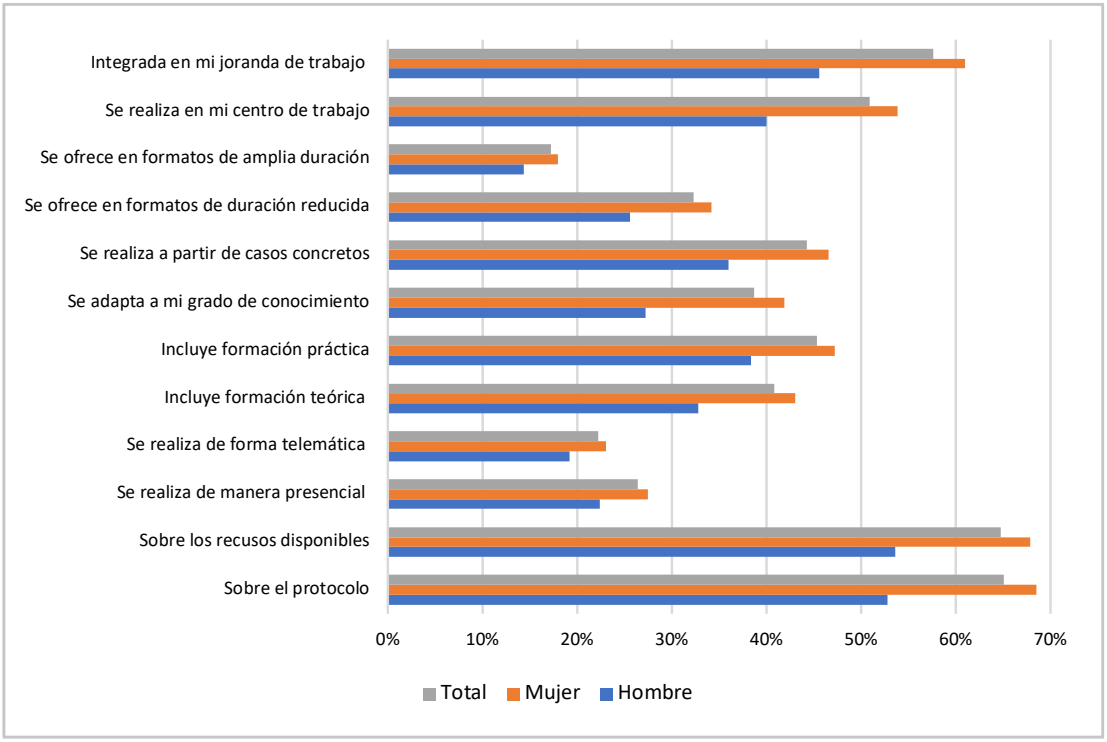
En relación con la duración de la formación realizada, un 38,1% de los y las participantes señalaron haber realizado más de 10 horas de formación, un 25% indicaron haber recibido entre 5 y 10 horas y el 36,9% restante señaló haber realizado menos de 5 horas de duración. Por su parte, de acuerdo al tipo de formación realizada, algo más de la mitad de los y las encuestadas indicaron que la formación fue proporcionada por los servicios de formación continuada y desarrollo profesional del Servicio Murciano de Salud.

En la evaluación que el personal sociosanitario realiza sobre la oferta formativa en violencia de género realizada por el Servicio Murciano de Salud son varios los resultados a destacar:

- Más de la mitad de los y las encuestados (51,1%) señala como nada o poco suficiente la oferta formativa disponible.
- El 73,4% considera de interés la oferta formativa en violencia de género.
- El 75% de las y los encuestados considera la formación en violencia de género de utilidad para su práctica profesional.
- Una de cada tres personas encuestadas considera nada o poco clara, completa y accesible la información sobre la oferta formativa. La valoración realizada por las mujeres es más negativa que la realizada por los varones.
- Existen diferencias notables en cuanto a la información que el personal sociosanitario del Servicio Murciano de Salud recibe o percibe recibir. El interés personal y la predisposición a buscar información explicarían estas diferencias.
- Un 46,5% de las personas que participa en la encuesta señala que el horario y el formato de la formación se adapta poco o nada a las necesidades de los profesionales encuestados.
- Se señala la ausencia de una estructura formativa clara, sistemática y organizada, que no haga depender la formación de la mera voluntad, interés y sensibilidad de los y las profesionales, tanto de quienes la demandan (los participantes) como la de quienes la impulsan (una persona, un equipo o un servicio más tendente a organizar la formación o la formación específicamente en este ámbito, por ejemplo).

Identificación de necesidades de formación en violencia de género

Gráfico 49. "Muy importante" a la hora de realizar formación en violencia de género (%)



En el anterior gráfico se recogen los porcentajes de personas encuestadas que han señalado como "muy importante", a la hora de decidirse por la realización de una formación específica en violencia de género, distintos factores analizados. Como puede observarse, cuatro características destacan por encima del resto:

- La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre el protocolo y la forma de proceder ante un caso de violencia de género (65,1%).
- La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre los recursos y dispositivos disponibles para atender a una víctima de violencia de género (64,8%).
- La formación está integrada en mi jornada de trabajo y, por tanto, ésta se reduce y adecúa para poder atenderla (57,6%).
- La formación se realiza en mi centro de trabajo (50,9%).

Respecto a las diferencias por sexo, resulta de interés poner de relieve que, en todos los ítems previstos, las mujeres destacan la importancia de los mismos en un porcentaje significativamente superior al mostrado por los varones. El mayor interés, sensibilización y formación sobre la violencia de género que, en términos generales, presentan las mujeres podrían estar explicando esta mejor valoración de las características que debe reunir la formación.

Junto a las necesidades de formación incluidas en el diseño del cuestionario, durante las entrevistas y grupos focales pudieron identificarse otras demandas presentes en el personal sociosanitario. Entre ellas, se destacan las siguientes:

- Concretar e identificar la función o funciones del profesional sanitario ante un caso de violencia de género, para dotar de seguridad a sus actuaciones
- Desarrollar una estrategia de formación con distintos niveles de profundidad y temáticas que dé así repuesta al grado de conocimiento de los distintos perfiles profesionales.
- Vincular la formación recibida con la experiencia práctica y cotidiana de los y las profesionales del centro.
- Dotar de importancia y relevancia en el ejercicio profesional la formación en violencia de género, entre otras formas, integrándola en la jornada laboral.
- Integrar esta formación de manera prioritaria y decidida en los programas formativos, estableciendo algunos criterios que la hagan obligatoria o, al menos, promuevan incentivos suficientes para que se realice.
- Abordar la formación en violencia de género desde el comienzo de la formación sociosanitaria, es decir, también desde el ámbito universitario y, por supuesto, reforzarlo una vez que se accede al sistema sanitario, bien a través de un programa reglado de formación (como la residencia) como de otras formas de acceso al sistema.
- Incluir nuevas temáticas o miradas en la formación sobre violencia de género: trabajar con los hombres, en tanto parte fundamental de una relación de violencia, y promover una construcción de la mujer como un sujeto activo y con autonomía son las más señaladas. Igualmente, se ha manifestado la importancia de incluir formación en otros tipos de violencia que forman parte de la violencia ejercida contra las mujeres, como la violencia vicaria ejercida contra los descendientes.
- Dotar a las mujeres que forman parte del Servicio Murciano de Salud de formación, herramientas y recursos que les permita defenderse y actuar ante agresiones machistas o sexuales. Es decir, qué hacer cuando ellas son las víctimas.
- Facilitar mejores plataformas informáticas, para formación y almacenamiento de recursos.
- Incluir contenidos formativos sobre habilidades, herramientas y técnicas de comunicación.
- Incorporar de manera más decidida a especialidades que pueden colaborar en las tareas de prevención y detección temprana, como es el caso de Pediatría, Ginecología o Traumatología.
- Realizar una formación más centrada en abordar la violencia de género como un problema de salud y relacionado con la práctica estrictamente clínica o asistencial del profesional. La violencia de género como un problema de salud.

ANEXO. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Necesidades de formación en violencia de género del personal socio-sanitario del Servicio Murciano de Salud

Sexo

[ ] Hombre
[ ] Mujer

Edad

[ ] Menor de 25 años
[ ] Entre 26 y 35 años
[ ] Entre 36 y 45 años
[ ] Entre 46 y 55 años
[ ] Entre 56 y 65 años
[ ] Mayor de 66 años

Puesto de trabajo desempeñado

[ ] Celador
[ ] Cuidados auxiliares de enfermería
[ ] Enfermería
[ ] Enfermería de salud mental
[ ] Enfermería del trabajo
[ ] Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona)
[ ] Enfermería pediátrica
[ ] Enfermería familiar y comunitaria
[ ] Facultativo sanitario especialista
[ ] Terapia ocupacional
[ ] Trabajo social
[ ] Psicología clínica
[ ] Fisioterapia
[ ] Otros. Especificar:

Por favor, indique su ubicación (por ejemplo, UCI/REA, Urgencias, planta quirúrgica, sin planta fija, SUAP, Atención Primaria,...)

Por favor, indique su especialidad:

Lugar de trabajo

[ ] Atención Primaria
[ ] Urgencias hospitalarias
[ ] Urgencias extrahospitalarias
[ ] Centro hospitalario
[ ] Servicios centrales
[ ] Centros de salud mental

Lugar de trabajo

[ ] Servicio de atención especializada. Especificar:
[ ] Otro. Especificar:

Vinculación laboral con el Servicio Murciano de Salud

[ ] Personal fijo
[ ] Personal interino
[ ] Personal eventual
[ ] Otro. Especificar:

En la actualidad, ¿se encuentra usted en formación/residencia?

[ ] No
[ ] Sí. Especificar tipo:

Por favor, indique el año en el que terminó su formación:

Años de experiencia en el ejercicio profesional

[ ] Menos de 1 año
[ ] De 1 a 5 años
[ ] De 6 a 10 años
[ ] De 11 a 20 años
[ ] Más de 21 años

En la actualidad, ¿desempeña alguna de las siguientes funciones?

[ ] Jefatura de servicio
[ ] Jefatura de sección
[ ] Gerencia-dirección
[ ] Responsable de unidad docente
[ ] Responsable de violencia de género
[ ] Supervisor/a de unidad
[ ] Supervisor/a de área
[ ] Coordinador/a médico
[ ] Coordinador/a enfermería en EAP
[ ] No, no desempeño ninguna de estas funciones

En relación a esta función, indique, por favor, su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 (Nada de acuerdo)	2	3	4	5 (Muy de acuerdo)	NS/NC
He recibido formación en violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Cuento con la formación suficiente y apropiada sobre violencia de género para el desempeño de mi función	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Me gustaría recibir más formación específica sobre violencia de género para el desempeño de esta función	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Área de salud en la que trabaja actualmente

[ ] Área 1
[ ] Área 2
[ ] Área 3
[ ] Área 4
[ ] Área 5
[ ] Área 6
[ ] Área 7
[ ] Área 8
[ ] Área 9
[ ] Salud mental
[ ] 061
[ ] Servicios centrales

En una escala de 1 a 5, en la que 1 es "Nada de acuerdo" y 5 "Muy de acuerdo", por favor, indique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 (Nada de acuerdo)	2	3	4	5 (Muy de acuerdo)	NS/NC
La desigualdad entre mujeres y hombres es la causa principal de la violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Las actitudes y comportamientos de algunas mujeres fomentan las relaciones de pareja violentas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Las víctimas de violencia de género pueden salir de la relación de maltrato si lo quieren	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La conducta violenta es innata en el hombre, forma parte de su naturaleza	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
En la actualidad es mucho más fácil para una mujer víctima de violencia de género demandar ayuda, dada la gran concienciación social que existe	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Si una víctima de violencia de género permanece con su pareja después de episodios repetidos de maltrato es también responsable de su situación	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Las víctimas a menudo tienen razones para permanecer en una relación de violencia	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Si una víctima de violencia de género no reconoce el maltrato es muy poco lo que puedo hacer para ayudar	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación en violencia de género no es especialmente necesaria para mi especialidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
En mi puesto de trabajo no dispongo del tiempo necesario para responder adecuadamente a una paciente víctima de violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

En relación a las siguientes afirmaciones, valore de 1 (Nada) a 5 (Completamente) su grado de conocimiento y de preparación

UNIVERSIDAD DE MURCIA

En relación a las siguientes afirmaciones, valore de 1 (Nada) a 5 (Completamente) su grado de conocimiento y de preparación

	1 (Nada)	2	3	4	5 (Completamente)	NS/NC
Conozco el protocolo de actuación en situaciones de violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sé detectar signos e indicadores de violencia de género, basándome tanto en la atención a la paciente como en su historial clínico	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Conozco cómo realizar las preguntas adecuadas para detectar un caso de violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Estoy preparado/a para responder apropiadamente cuando una paciente refiere ser víctima de violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Puedo determinar el grado de peligro en una paciente que sufre violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Conozco cómo documentar la historia de violencia de género y los hallazgos del examen físico en la historia clínica	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ante un caso de violencia de género, soy capaz de adaptar mi actuación a las necesidades de la víctima	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Conozco los dispositivos y recursos disponibles para derivar a víctimas de violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Conozco que en mi centro hay una persona responsable o coordinadora de violencia de género y sé cuáles son sus funciones	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

¿Ha realizado algún tipo de formación en violencia de género en los últimos 10 años?

[ ] Sí
[ ] No

Podría indicar el número estimado de horas de formación en violencia de género recibidas:

[ ] Cursos/ jornadas /seminarios hasta 5 horas
[ ] Cursos/ jornadas /seminarios hasta 10 horas
[ ] Cursos/ jornadas /seminarios de más de 10 horas de duración

¿De qué tipo de formación se trataba?

[ ] Actividades del plan de formación continuada del SMS
[ ] Formación realizada durante la carrera universitaria
[ ] Otra formación reglada universitaria especializada (máster, curso de especialista, otra
[ ] Formación no universitaria
[ ] Otro. Especificar:

Desde el Servicio Murciano de Salud se ofrece regularmente formación en violencia de género a través de distintos cursos. Con independencia de que usted haya cursado o no esta formación, y a partir de la información de la que pueda disponer (oferta formativa, comunicación...), indique, por favor su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 (Nada)	2	3	4	5 (Completamente)	NS/NC
La oferta de cursos y programas en violencia de género es suficiente	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Desde el Servicio Murciano de Salud se ofrece regularmente formación en violencia de género a través de distintos cursos. Con independencia de que usted haya cursado o no esta formación, y a partir de la información de la que pueda disponer (oferta formativa, comunicación...), indique, por favor su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 (Nada)	2	3	4	5 (Completamente)	NS/NC
La oferta formativa sobre violencia de género me parece de interés	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La oferta formativa sobre violencia de género me parece de utilidad para el ejercicio de mi actividad profesional	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La información sobre los cursos y programas es clara, completa y accesible	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Recibo regularmente información sobre los cursos ofrecidos en el plan de formación continuada del SMS	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
El horario y el formato de los cursos y programas se adaptan a las necesidades de mi actividad profesional	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Si considerara realizar en el futuro formación sobre violencia de género entre la ofertada por el Servicio Murciano de Salud, qué importancia otorgaría a los siguientes aspectos:

	1 (Nada importante)	2	3	4	5 (Muy importante)	NS/NC
La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre el protocolo y la forma de proceder ante un caso de violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación me permite ampliar mi conocimiento sobre los recursos y dispositivos disponibles para atender a una víctima de violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación se realiza de manera presencial	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación se realiza de forma telemática	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
El contenido incluye formación teórica que me permite profundizar en aspectos fundamentales de la violencia de género	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
El contenido incluye formación práctica (rol play, simulación...)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
El contenido se adapta a mi grado de conocimiento y formación sobre el tema	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación se realiza a partir de casos concretos (por ejemplo, casos clínicos) de mi ámbito o especialidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación se ofrece en formatos de duración reducida, lo que me permite realizar un primer acercamiento a un tema específico	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación se ofrece en formatos de amplia duración, lo que me permite la profundización y especialización en los temas abordados	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación se realiza en mi centro de trabajo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
La formación está integrada en mi jornada de trabajo y, por tanto, ésta se reduce o adecúa para poder atenderla	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Por último, si lo desea, a continuación puede realizar algún comentario o señalar alguna cuestión que considere de interés en torno a las necesidades de formación en violencia de género del personal socio-sanitario del Servicio Murciano de Salud

Este cuestionario es una versión propia elaborada por el equipo de investigación del Departamento de Sociología de la Universidad de Murcia, en el que se recogen además variaciones de algunas preguntas recogidas en los siguientes estudios:

Fina, F. y Almansa. P. (2014): Mujer y cuidados: retos en salud. EDITUM

Proyecto de investigación. La violencia del compañero íntimo contra las mujeres. Causas, determinantes y factores de riesgo para el análisis de políticas basadas en la evidencia. Grupo de Investigación Salud Pública. Universidad de Alicante.