

Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles

29 de gener de 2021



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

S/Sistema de
Salut de Catalunya

Direcció i Coordinació:

Pilar Saura Agel, Direcció General de Planificació en Salut

Anna Mompart Penina, Sub-direcció General de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari

Alguns drets reservats:

© 2021, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut

Primera edició:

Barcelona, gener de 2021

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Disseny de plantilla accessible 1.04:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa

Registre editorial:

85166

Sumari

1	Presentació	2
2	El plantejament del Model d'atenció a la salut en situacions de violències masclistes.....	4
2.1	L'aprenentatge de l'experiència dels darrers anys	4
2.2	Marc normatiu en l'àmbit de la salut.....	6
2.3	Marc d'interpretació.....	7
2.4	El procés d'elaboració	8
2.5	El Model com a política pública.....	11
2.5.1	Model estratègic	12
2.5.2	Model ecològic.....	13
3	Objectius	15
3.1	Objectius estratègics	15
3.2	Objectius tàctics	15
3.3	Objectius d'impacte	15
4	Gestar una cultura de l'abordatge de les violències masclistes	16
4.1	Valors	16
4.1.1	El compromís d'erradicar la violència masclista	16
4.1.2	La governança.....	17
4.1.3	L'ètica de la cura.....	18
4.2	Creences que dificulten la detecció i l'acompanyament	20
4.2.1	Dificultats per a la detecció	20
4.2.2	Dificultats per a l'acompanyament	23
4.3	Proposta d'actuacions per assolir els objectius estratègics.....	24
5	Alinear les estructures, els recursos i l'organització als objectius del Model.....	26
5.1	Principis rectors.....	26
5.1.1	Principis que regeixen l'adequació de les estructures.....	26
5.1.2	Principis que regeixen la tasca dels professionals	28
5.2	Proposta d'actuacions per assolir els objectius tàctics.....	31
6	Garantir un marc de relacions de confiança	33
6.1	La responsabilitat institucional.....	33
6.2	Proposta d'actuacions per assolir els objectius d'impacte.....	34
7	Governança del Model: implementació, seguiment i avaluació i recursos	37
7.1	Implementació	37
7.2	Seguiment i avaluació	39
7.3	Recursos financers.....	40
8	Annex 1. Propostes d'actuacions per assolir els objectius.....	42
9	Referències	46
9.1	Bibliogràfiques.....	46
9.2	Legislatives.....	49
9.3	Espais web	49

1 Presentació

L'any 2018 es van complir deu anys de la publicació de la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, llei que regula, com a marc normatiu de compliment obligat, el dret a l'atenció i l'assistència sanitàries específiques de les dones en situació de violència masclista. Durant aquesta dècada, el Departament de Salut ha dissenyat un protocol específic (2009) i ha implementat recursos d'atenció a les dones amb l'objectiu de donar cobertura a les necessitats que generen les diferents formes d'expressió de la violència masclista.

Al llarg de l'any 2019, la Direcció General de Planificació en Salut, amb l'impuls dels fons del Pacte d'Estat contra la violència de gènere del Ministeri d'Igualtat, va promoure la realització de diferents estudis d'avaluació de la implementació del protocol i de l'adequació dels recursos creats específicament. Els resultats d'aquests estudis han posat en evidència la necessitat d'elaborar un model d'atenció que ordeni i unifiqui les accions, els criteris i les responsabilitats dels diferents actors que, dins de l'àmbit de la salut a Catalunya, treballen per a l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista.

El Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles neix de l'experiència de més de deu anys d'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut, fruit d'un treball col·laboratiu de revisió, d'anàlisi i d'avaluació. Aquest Model mostra la posició que té el Departament de Salut davant la violència masclista i els seus efectes en la salut de les dones i en la dels seus fills i filles i vol ser la base per orientar noves actuacions en aquest àmbit. A més, recull i consolida els valors que amaren la cultura de l'abordatge de les violències masclistes en l'àmbit de la salut i els principis que regeixen la pràctica de les institucions i els professionals en l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles. Així, el Model delimita la responsabilitat i el compromís del Departament de Salut en l'erradicació de la violència masclista des del seu àmbit de competències.

Circumstancialment, l'elaboració del Model ha coincidit amb la pandèmia per la COVID-19, però no sorgeix com a resposta a aquesta situació, sinó que dona continuïtat al treball que el Departament de Salut ha estat duent a terme per garantir, en tot el territori de Catalunya, una atenció específica, universal, curosa i professional a les dones i les criatures que viuen, en la seva salut, els efectes de la violència masclista.

La redacció d'aquest document es tanca just acabada d'aprovar la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, i és una satisfacció comprovar que les esmenes i les novetats introduïdes a la Llei per fer més àmplia i garantista la protecció de les dones víctimes de violència masclista coincideixen plenament amb els valors i els principis que inspiren el nostre Model.

Per acabar, cal comentar que aquest Model se centra en la millora de la salut de les dones que han emmalaltit a causa de la violència masclista que han viscut, i entenem que el restabliment de la salut és indispensable per a la recuperació de la seva vida. Així doncs, la millora de la salut d'aquestes dones és la contribució que el Departament de Salut fa en la lluita per a l'erradicació de les violències masclistes, una lluita compartida amb molts altres àmbits d'actuació.

Alba Vergés i Bosch
Consellera de Salut

2 El plantejament del Model d'atenció a la salut en situacions de violències masclistes

2.1 L'aprenentatge de l'experiència dels darrers anys

L'experiència de la darrera dècada, des que es va aprovar la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, i des de la publicació del *Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista* el 2009 per part de l'Institut Català de les Dones (ICD, 2009) i del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (Departament de Salut, 2009), permet identificar dues qüestions que requereixen un nou enfocament i que basteixen el Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles:¹ el vincle de les dones amb els professionals i amb el sistema de salut, i el concepte mateix d'abordatge de les violències masclistes.

La primera qüestió és el reconeixement del vincle professional com a eina bàsica i prioritària per acompanyar les dones en el seu procés per sobreviure a la violència masclista. En conseqüència, el Model ha de proveir del context adequat per a la pràctica professional amb l'objectiu de promoure i mantenir el vincle entre les dones en situació de violència i el sistema de salut.

Els professionals del sistema de salut són equips estratègics i territorialment ben articulats que poden esdevenir agents per prevenir i facilitar el procés d'identificació i detecció de la violència masclista. Aquests professionals, per fer un abordatge adequat, han de tenir la capacitat de saber acompanyar les dones a anomenar l'experiència, perquè no és gens fàcil per a elles reconèixer-se en aquest relat i anomenar-se víctimes de violència masclista.

El sistema de salut ha de garantir el context de treball adequat als professionals, amb les estructures, els recursos i la formació suficients per evitar que la violència masclista tingui efectes en la seva salut. La convivència amb la violència masclista és tòxica també per als professionals que atenen les dones, molt més si l'àmbit institucional no actua amb la diligència deguda, adoptant mesures per evitar col·locar-los en una posició de risc i de vulnerabilitat respecte de les conseqüències de les violències masclistes.

En aquest sentit, el marc del Model identifica quines són les eines de cura professional que es requereixen, quins recursos posa el sistema a la seva disposició i en quin context desenvolupen la seva feina. Hi ha una dimensió de la violència institucional que és imprescindible no defugir si s'entén que el vincle

1. D'ara endavant, en general ens hi referirem de manera abreujada com a Model.

professional és l'eina estratègica per acompanyar les dones en el seu procés per sobreviure a la violència masclista.

La segona qüestió que demana atenció després de més d'una dècada de treball en el disseny de polítiques públiques per a l'abordatge de la violència masclista és el concepte mateix d'abordatge. El que s'hauria d'entendre com el conjunt d'actuacions que tenen per objectiu erradicar-la com a mediació possible de les relacions humanes s'ha emprat, moltes vegades, com a sinònim d'atenció a les dones en situació de violència masclista, una equivalència que genera desordre en el marc conceptual i, també, en la definició de la dimensió tàctica i operativa.

Aquesta confusió s'esdevé, d'una banda, a conseqüència d'una situació pressupostària molt limitada respecte del finançament dels programes d'abordatge de la violència masclista i, d'una altra banda i molt important, com a resultat d'un sistema social de creences que situa en les dones víctimes la responsabilitat de resoldre la decisió de sortir del context en què es produeix aquesta violència i de recuperar-se dels efectes que se'n deriven, alhora que s'ocupen de sostenir les seves responsabilitats en tots els àmbits de la seva vida, inclosa la cura dels fills i filles, que, en la majoria dels casos, ho són també de l'agressor.

L'abordatge de la violència masclista configura un àmbit de treball molt més ampli que el de l'atenció, perquè abasta també la prevenció, el suport al procés d'identificació i la detecció professional des d'una estratègia dual que situa el treball respecte de les víctimes i dels agressors, i que necessita incorporar també la perspectiva pedagògica, aquella que es posiciona de manera preferent en la transformació dels sistemes de creences patriarcals, en la mesura que són sistemes que validen la violència contra les dones.

Ara bé, cal reconèixer que l'abast d'aquest abordatge transcendeix la configuració d'aquest Model, que ha prioritzat oferir els marcs conceptuals i metodològics i les eines per a l'atenció a la salut de les dones, però que en el futur ha d'incorporar les aproximacions específiques diferenciades que requereix la figura de l'agressor. També caldrà aprofundir en el treball amb les criatures.

En conseqüència, aquest Model posa les bases per a l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles i obre el debat necessari per definir polítiques públiques d'abordatge de la violència masclista des d'un enfocament integral que reconegui la prevenció, l'acompanyament en el procés d'identificació, la detecció professional i l'atenció adequada i que incorpori línies de treball específiques respecte dels homes agressors, així com aproximacions singulars en l'atenció a les criatures víctimes de violències masclistes.

2.2 Marc normatiu en l'àmbit de la salut

El Model s'ha desenvolupat tenint com a referència la normativa vigent que situa el marc de responsabilitat de l'àmbit de la salut en l'abordatge i l'erradicació de la violència masclista:

- ✓ La Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, en la redacció donada per la Llei 17/2020, del 22 de desembre, estableix l'obligació de desenvolupar les accions necessàries per identificar i detectar les dones en situació de violència masclista i regula, al capítol 2, el dret a l'atenció i l'assistència sanitàries específiques.
- ✓ La Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, a l'article 15, regula la responsabilitat estatal en l'àmbit sanitari en relació amb la detecció i l'abordatge.
- ✓ El Conveni d'Istanbul del Consell d'Europa, de 2011, ratificat per l'Estat espanyol el 2014, a l'article 20, estableix l'obligació que els estats membres "prenguin les mesures legislatives o altres de necessàries perquè les víctimes tinguin accés als serveis de salut i als serveis socials, perquè els serveis disposin dels recursos adequats i perquè els professionals estiguin formats per donar assistència a les víctimes i orientar-les als serveis adequats".
- ✓ La Recomanació general 35 de la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones (CEDAW) de les Nacions Unides, convenció ratificada per l'Estat espanyol l'any 1983, regula les responsabilitats dels estats membres en l'atenció, la prevenció i la recuperació de la violència masclista i, al punt 15, manifesta clarament que "el dret de les dones a una vida lliure de violència de gènere és indivisible i interdependent respecte d'altres drets humans, com són: els drets a la vida, la salut, la llibertat i la seguretat de la persona, la igualtat i la pròpia protecció dins la família, la protecció contra la tortura i altres tractes cruels, inhumans o degradants i la llibertat d'expressió, de circulació, de participació, de reunió i d'associació".

Aquest Model, prenent de referència la definició de la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, en la redacció donada per la Llei 17/2020, del 22 de desembre, entén per violència masclista la violació dels drets humans mitjançant la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, té com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com si té lloc en l'àmbit privat.

A conseqüència d'això, se centra en l'impacte que la violència masclista té en la salut de les dones, sigui de manera puntual o reiterada, en qualsevol de les seves formes (física, psicològica, sexual, obstètrica, econòmica, digital, de segon ordre o vicària) i exercida en qualsevol àmbit (de la parella, familiar, laboral, comunitari, digital, institucional, en la vida política i en l'esfera pública o educativa).

El Model està adreçat a les dones, incloses les nenes i les adolescents i, també, les dones, les nenes i les adolescents transgènere que viuen o han viscut violències masclistes, així com els seus fills i filles. A més de perspectiva de gènere, té una perspectiva interseccional, perquè l'atenció a la salut de les dones ha de considerar la seva diversitat, atès que la violència masclista provoca un impacte agreujat i diferenciat quan hi concorren altres motius de discriminació.

2.3 Marc d'interpretació

En la posició de partida, a més del marc jurídic, és important situar totes les fonts documentals que fins a aquest moment han guiat la pràctica d'atenció a les dones en situació de violència masclista des del sistema de salut, així com el marc d'interpretació. Aquest marc fa referència als imaginaris i els sistemes de creences que operen en el procés de lectura i de significació a l'hora de traduir la literalitat de les lleis i dels textos a la pròpia pràctica professional.

En aquest punt es fa evident una paradoxa: si la nostra és una societat patriarcal en què preval l'ordre simbòlic que situa les dones en una posició de subordinació respecte dels homes a través de l'ús de la violència masclista; si és present quotidianament la manifestació dels imaginaris masclistes i la seva prevalença; si aquests imaginaris transcendeixen les estructures del sistema, també les estructures del sistema sanitari, aleshores és possible definir les estratègies d'erradicació de la violència masclista sense revisar les estructures pròpies del sistema sanitari i els imaginaris que el patriarcat ha construït en relació amb la salut de les dones?

Aquest Model proposa un abordatge de la violència masclista des del reconeixement i l'autorització dels feminismes com a marc necessari d'interpretació, que són l'eina principal del procés de recuperació de les dones en situació de violència masclista i són, també, el marc des del qual cal acompanyar les dones en el procés d'identificació de la violència que han viscut al llarg del seu cicle vital. Aquest marc d'interpretació, necessàriament, dona sentit i mesura a la pràctica d'abordatge de la violència masclista i representa el fonament en què cal assentar el procés de creació d'una cultura compartida d'abordatge de la violència masclista.

Els feminismes com a paradigma teòric i metodològic d'abordatge de la violència masclista són útils per identificar i revertir un conjunt de fal·làcies, construïdes des de l'imaginari patriarcal, que obstaculitzen l'atenció a la salut de les dones en

situació de violència masclista i dificulten el treball de recuperació dels efectes que la violència masclista té en la seva salut.

2.4 El procés d'elaboració

El Model ha sorgit de la necessitat d'actualitzar el [Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya](#), aprovat el 2009. L'inici de la revisió va ser el 2018, pocs mesos abans que la Secretaria d'Estat d'Igualtat publicés la [Resolució](#) de la primera convocatòria dels fons del [Pacte d'Estat contra la violència de gènere](#), transferències que van suposar un revulsiu per a la revisió perquè han permès ampliar el projecte.

En aquest sentit, s'inspira en la normativa ja citada en relació amb les violències masclistes i en tot un seguit de projectes que des del Departament de Salut s'han encarregat, finançats per les transferències del Pacte d'Estat contra la violència de gènere i que han servit per bastir l'estructura i el contingut del Model, així com del nou marc interpretatiu de les violències masclistes que sorgeix dels canvis en la percepció social de les violències masclistes que interpel·len les institucions i les polítiques públiques.

Pel que fa als projectes específics, destaca, d'una banda, l'[Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya](#), que recull les experiències, les necessitats, les debilitats i les propostes de millora compartides per professionals de l'àmbit de la salut, d'entitats de dones i de persones expertes en salut i en violència masclista d'arreu del territori català (AQUAS, 2020). D'altra banda, tota una sèrie de projectes específics que assenten les prioritats del Model i l'enforteixen metodològicament, centrats en l'anàlisi de necessitats, el disseny del model, el procés d'implementació i l'avaluabilitat (Activa Prospect, 2019). I, finalment, el document [La salut de les dones en situació de violència masclista: mirades amb cura. Identificació de necessitats per a l'abordatge curós de la salut de les dones en situació de violència masclista](#), que recull les experiències i les expectatives de les dones en el seu pas pel sistema de salut (Tamaia, 2020).

El primer trimestre de 2020 es disposava d'un esborrany del Model, que al llarg de l'any va ser compartit en espais diversos, amb metodologies i participants diferents, amb l'objectiu d'enfortir la posició estratègica i les propostes d'actuació:

- ✓ Onze sessions de socialització, nou de realitzades a les diferents regions sanitàries de Catalunya, una amb persones expertes en salut i violències masclistes sense representació territorial i una última sessió amb les gerències de cada regió sanitària. L'objectiu del procés de socialització va ser donar a conèixer la proposta inicial del Model i recollir les impressions, les aportacions i les reflexions dels diferents agents per contribuir a millorar, consensuar i validar la versió definitiva del Model (AQUAS, 2020).

- ✓ Dues sessions de coordinació, la primera amb les diferents unitats del Departament de Salut i la segona amb referents de violència masclista d'altres departaments de la Generalitat de Catalunya. L'objectiu d'aquestes sessions va ser compartir les reflexions, el marc conceptual i el disseny de les intervencions per garantir la coherència interna, la complementarietat i l'eficiència dels projectes relacionats amb la violència masclista i identificar els factors interns i externs que n'afavoriran la implementació o seran reptes per a aquesta implementació (Creación Positiva, 2020).
- ✓ Presentació del Model al Consell Assessor de Polítiques de Gènere en Salut del Departament de Salut, òrgan consultiu que té per finalitat l'assessorament en l'abordatge de la perspectiva de gènere en les polítiques de salut i sanitàries.
- ✓ Presentació del Model a la reunió ordinària del Ple de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista de la Generalitat de Catalunya, corresponent al segon semestre de 2020.

El desembre de 2020 es va publicar el document [Suport per a la redacció de la versió definitiva del Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles](#), que a l'esborrany inicial incorpora les orientacions dels projectes publicats el 2020, alhora que situa en el marc estratègic el model ecològic per endreçar les propostes d'actuacions en cada dimensió del sistema de salut (Vidal, González, 2020).

L'estructura i el contingut del Model definitiu parteixen del document de suport a la redacció i introdueixen les aportacions i les recomanacions dels projectes que s'han elaborat al llarg de 2020 i que seran publicats durant el 2021, com són els documents amb les recomanacions sorgides del procés de socialització (AQUAS, 2020) i de les reunions de coordinació intradepartamentals i interdepartamentals (Creación Positiva, 2020), on es compartia el primer esborrany, estudis específics sobre la valoració d'eines de cribratge (Benet, Fuertes, Martínez, Valverde, 2020), la selecció d'indicadors de seguiment i avaluació (Activa Prospect, 2020), els costos d'implementació del Model al sistema de salut i els costos i els beneficis del Model des d'una perspectiva social (Nieto, Solà-Morales, 2020), així com les modificacions de la Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista.

Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles

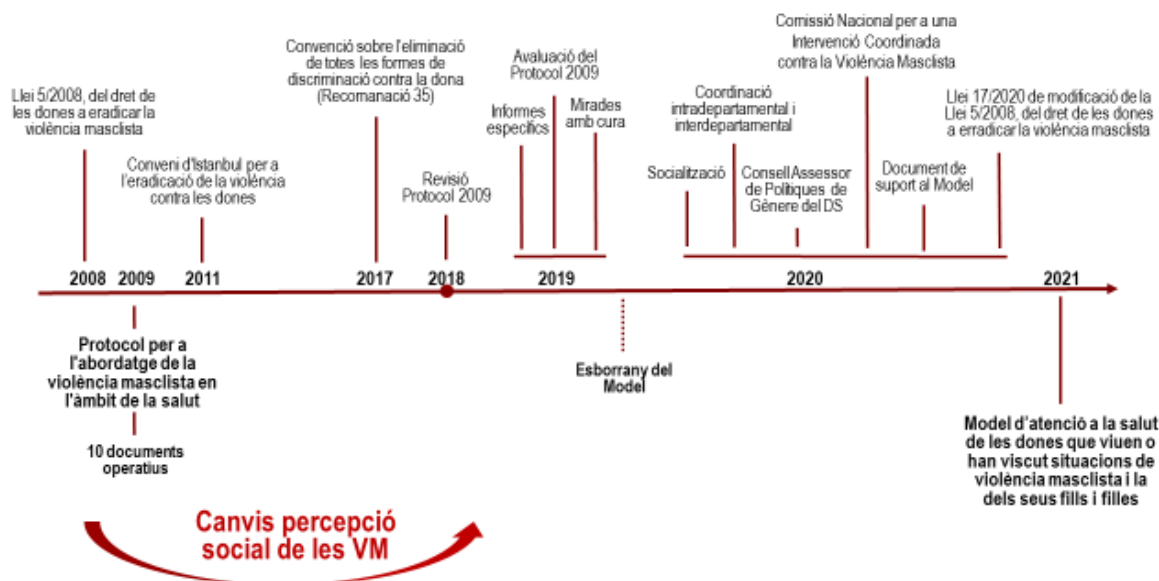


Figura 1. Cronologia amb els fonaments principals del procés d'elaboració del Model

L'elaboració del Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles ha comptat amb la participació de les persones següents:

Unitat promotora

Sub-direcció general de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari
Direcció General de Planificació en Salut

Equip tècnic de coordinació i elaboració

Iria Caamiña Cabo
Antònia Medina Bustos
Anna Mompert Penina
Xevi Rosean Arumi
Anna Rubio Cillán
Francesca Vergara García
Sílvia Zaragoza Cosín

Suport administratiu i logístic

Lourdes Riart Vendrell
Gemma Giráldez Navas

Persones que han treballat en projectes específics

Vanessa Alcaide Lozano
Cari Almazan Sáez
Gemma Altell Albajes
Marta Benet Blasco
Eugènia Bretones Espejo
Natalia Cabeza Hurtado
Rakel Escurriol Martínez
Carmen Fuertes Santiago
Carmen Garrido Medina
Rosa González Graell
Ana Lete Murugarren
Laura Liñares Rivas
Mercè Martí Baliarda
Júlia Mas Maresma
Beatriu Masià
Joana Martínez Matilla
Anna Mir Acebrón
Leticia Moy Sánchez

Maria Nieto Feijoo
Elisenda Lupestri Medina
Alba Pérez Domínguez
Montse Pineda Lorenzo
Berta Pongiluppi Ascon
Cristina Rubió López
Oriol Solà-Morales Serra
Nati Veraguas Aguilera
Belén Valverde Alirangues
Carme Vidal Estruel
Laura Viladevall

Membres del Consell Assessor de Polítiques de Gènere del Departament de Salut

Sílvia Aldavert García
Lucía Artazcoz Lazcano
Elena Carreras Moratonas
Mara Dierssen
Teresa Echeverría Vallejo
Montserrat Espuga García
Heinrich Geldschläger
Júlia Ojuel Solsona
Valentí Pineda Solas
Assumpta Rigol Cuadra

Begoña Roman Maestre
Fatou Seko
Aïda Solé Auró
Ester Valls Puente

Persones que han col·laborat en els diferents grups de treball

En l'avaluació del Protocol de 2009 hi han participat 181 persones: 104 professionals de la salut, 43 entitats de dones i 34 persones expertes en violències masclistes

En el procés de socialització hi han participat 88 persones: 53 professionals de la salut, 22 entitats de dones i/o expertes en violències masclistes, 7 experts i expertes en salut i/o violències masclistes i 6 referents tècnics de les regions sanitàries

Grups de coordinació

11 professionals de les diferents unitats del Departament de Salut i 18 referents de violències masclistes d'altres departaments de la Generalitat de Catalunya

2.5 El Model com a política pública

La proposta de política pública en l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista, en el marc del Pla de salut de Catalunya, pren la forma de model estratègic perquè ha d'actuar com a referència amb una estructura i unes propostes que serveixin per aplicar-lo. A més, també pren la metodologia que proposa el model ecològic per a l'anàlisi de l'abordatge de les violències masclistes, perquè cal que els canvis proposats siguin efectius, i la concreció de les actuacions en cada dimensió ho facilita.

2.5.1 Model estratègic

Les polítiques públiques d'abordatge de la violència masclista requereixen una dimensió estratègica, perquè situar l'àmbit d'actuació sense un marc que orienti la pràctica professional limita el treball de transformació dels sistemes de creences que la validen.

La validació de la violència masclista rau també en la manca de destresa per poder-ne observar els efectes sobre la salut de les dones i copsar l'afectació que té en la vida de les dones i en la societat. La resposta del sistema de salut davant la violència masclista no compta, a diferència d'altres situacions de salut, amb una capacitat operativa i, possiblement, aquesta dificultat radica en la manca d'un marc estratègic d'abordatge.

El Model és l'eina, l'instrument, que en el marc de la pràctica professional ha d'ajudar a ordenar l'acció, la intenció d'aquesta acció i la previsió dels resultats. El valor del Model és, doncs, la seva aplicabilitat, la seva vàlua com a element que guia i acompanya la pràctica professional i, al mateix temps, la recull, la transforma i la transfereix. El Model ha d'acompanyar els professionals en la dimensió estratègica i, també, en la dimensió operativa de l'abordatge de la violència masclista. Així, la possibilitat de reconèixer l'experiència professional com a espai de creació d'expertesa en l'abordatge de la violència masclista obre l'oportunitat de reconèixer el Model com una eina que acompanya el procés de transformació del sistema de salut en el moviment que representa gestar una cultura de l'abordatge de la violència masclista compartida per tots els equips professionals del sistema públic de salut de Catalunya.

Per poder-se mantenir, el Model requereix un equip amb tasques de revisió, d'avaluació i de validació. Un equip amb l'elasticitat imprescindible per sostenir el treball constant d'actualització: la incorporació del canvi, la inclusió dels aprenentatges, l'exclusió dels elements que operen disfuncions, la modificació dels paràmetres de sistematització de la informació. En conseqüència, cal un grup de treball específic que disposi les accions i les dinàmiques de coordinació, supervisió i transferència professional en l'abordatge de la violència masclista.

El disseny d'un Model per atendre la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles requereix un procés que permeti emmarcar el context de la realitat del sistema de salut i comprendre la dimensió estructural de la violència masclista. Per fer-ho possible, és necessari situar quins són els recursos disponibles perquè els professionals de la salut puguin desenvolupar la seva tasca i és imprescindible saber quin és el nivell de permeabilitat i adaptabilitat d'aquests recursos per fer lloc a les realitats de les dones en situació de violència masclista.

El seu disseny i l'efectivitat per atendre la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles demanen anar al cor del mateix sistema, i pensar i explicitar quins són els valors i els principis que regeixen les estratègies d'abordatge de la violència masclista i des d'on es construeix el compromís d'erradicar-la.

2.5.2 Model ecològic

El model ecològic (García, 2001) permet dissenyar un model efectiu a partir del marc teòric, amb la capacitat d'incorporar dos elements clau en l'abordatge de les violències masclistes: d'una banda, la interrelació entre els diferents sistemes que hi intervenen (cultura de l'abordatge, estructures i recursos, pràctica d'atenció) i, de l'altra, la diversitat d'efectes i vivències que cal abordar. Així, la perspectiva ecològica dota de les eines necessàries per posar en relació els diferents sistemes que, en l'àmbit de la salut, intervenen en l'abordatge de la violència masclista i permet definir i aclarir els rols que els professionals han d'assumir en cadascuna d'aquestes dimensions.

Les violències masclistes afecten la salut de les dones amb una diversitat d'expressions i intensitats, que dificulta la identificació i la diagnosi. El model ecològic permet acollir la diversitat com a norma i l'excepció com a estàndard de la pràctica quotidiana i facilita que els professionals de l'àmbit de la salut puguin atendre la salut de les dones en situació de violència masclista.

El model ecològic va ser formulat per Urie Bronfenbrenner (*The ecology of human development: experiments by nature and design*, 1979), on va adaptar postulats de la ciència ecològica a la psicologia per abordar l'estudi del desenvolupament infantil i mostrar que els processos de desenvolupament venen donats per l'adaptació progressiva entre els éssers humans i les propietats canviants dels seus entorns, assenyalant que la interrelació és bidireccional i recíproca.

Aquest model ha estat adaptat a múltiples estudis dels àmbits de les ciències socials, de l'educació, de la salut, etc., perquè és una eina que simplifica el coneixement i la comprensió de sistemes complexos i facilita la predicció de processos de transformació. Així mateix, aquest marc d'anàlisi i d'intervenció està sent utilitzat ja en l'abordatge de la violència masclista en altres contextos (Osakidetza, 2019; Tamaia, 2019).

El model ecològic defineix quatre sistemes en una disposició seriada: el macrosistema, l'exosistema, el mesosistema i el microsistema. Cada nivell està contingut en el següent, per la qual cosa els canvis en cadascun d'aquests nivells afecten directament els altres, que s'adapten a la nova situació.

En concret, l'adequació per al Model identifica el macrosistema amb la cultura de l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut; l'exosistema, amb les estructures i els recursos; el mesosistema, amb l'estructura i la pràctica de

transferència i equitat, i el microsystema, amb la pràctica d'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la de les seves criatures (figura 2).

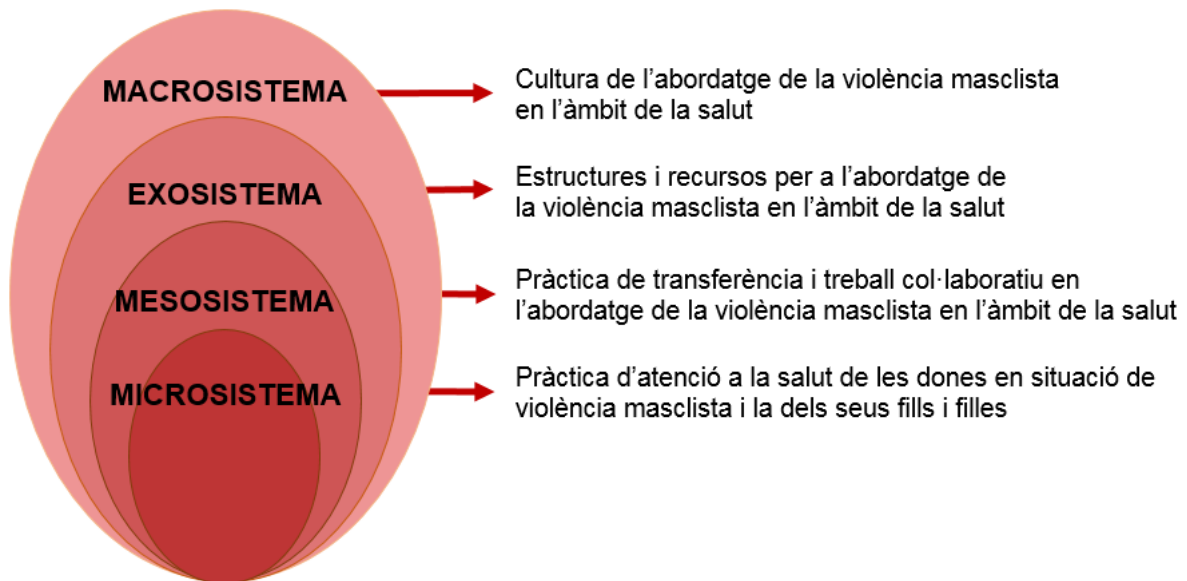


Figura 2. Transferència al model estratègic de les dimensions del model ecològic

Paral·lelament, el model ecològic orienta les diferents dimensions de l'abordatge de les violències masclistes en l'àmbit de la salut: la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació.

Finalment, aquest model ecològic ha estat útil en l'estructuració dels capítols centrals d'aquest document de presentació del Model. Així, el capítol introductori, on es planteja la necessitat de dur a terme el Model d'atenció a la salut de les dones en situació de violència viscuda a partir de l'experiència i dels nous marcs legislatius i conceptuals, i el capítol que explicita els objectius precedeixen els tres capítols que contenen l'essència del Model i les actuacions per fer-lo efectiu. El capítol 4 incorpora els valors necessaris per gestar una cultura de l'abordatge de les violències masclistes, així com la identificació d'aquelles creences que suposen un obstacle, és a dir, el macrosistema. El capítol 5 presenta els principis rectors que han de servir per alinear les estructures, els recursos i l'organització als objectius del Model, l'exosistema. I el capítol 6 evidencia la responsabilitat institucional per assolir una pràctica professional que garanteixi un marc de relacions de confiança, integrant el mesosistema i el microsystema. Finalment, el capítol de la governança del Model presenta les eines necessàries per a la seva implementació efectiva.

3 Objectius

3.1 Objectius estratègics

- Crear i assentar una cultura compartida de l'abordatge de la violència masclista que garanteixi l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i dels seus fills i filles.
- Fixar el posicionament polític del Departament de Salut respecte de la violència masclista.

3.2 Objectius tàctics

- Definir la xarxa de recursos per fer efectiva la transferència del Model a la pràctica d'atenció a la salut de les dones, i les seves criatures, en situació de violència masclista.
- Garantir les condicions materials per afavorir la vinculació de les dones en situació de violència masclista, i les seves criatures, amb el sistema de salut.
- Proveir dels recursos humans necessaris per a un abordatge de la violència masclista des de la pràctica de la cura professional.
- Iniciar el treball necessari per generar el disseny d'un model d'abordatge de la violència masclista adreçat a l'atenció als homes agressors.

3.3 Objectius d'impacte

- Millorar l'abordatge biopsicosocial de la salut de les dones, i dels seus fills i filles, que viuen o han viscut situacions de violència masclista.
- Millorar la salut (benestar físic i psicològic) de les dones, i dels seus fills i filles, que viuen o han viscut situacions de violència masclista.

4 Gestar una cultura de l'abordatge de les violències masclistes

4.1 Valors

Els valors són aquelles qualitats que defineixen el Model i motiven i sustenten la transformació del sistema de salut. Els valors s'agrupen en tres dimensions que són necessàries per assolir els objectius estratègics del Model.

4.1.1 El compromís d'erradicar la violència masclista

L'àmbit de la salut assumeix el compromís d'erradicar la violència masclista i, amb la detecció i l'acompanyament, contribueix a la recuperació de la salut de les dones que la viuen o l'han viscuda.

L'accés universal al sistema sanitari atorga, alhora, responsabilitat i privilegi i col·loca el sistema sanitari en la primera línia de la intervenció en l'abordatge de la violència masclista a escala individual, per a cada dona, però també a escala comunitària i social.

L'activació d'aquest compromís es nodreix dels valors següents:

- ✓ **La responsabilitat**

L'àmbit de la salut té un lloc imprescindible en la xarxa per a l'abordatge integral de la violència masclista. La responsabilitat abasta la prevenció de la violència masclista i la intervenció en l'atenció a la salut de les dones en aquesta situació. La responsabilitat suposa també col·laborar amb els altres agents de la xarxa, en igualtat de condicions, per donar les respostes necessàries a les dones i als seus fills i filles i contribuir a l'erradicació de la violència masclista.

- ✓ **La validació**

La validació suposa reconèixer l'existència de la violència masclista com a fet estructural i social i els seus efectes en la salut de les dones i dels seus fills i filles, així com reconèixer la participació que l'estructura del mateix àmbit de la salut té en aquesta existència. Deixar de qüestionar l'expressió de les dones en situació de violència masclista és el primer pas necessari per acompanyar les dones en la recuperació de la seva salut i per activar els recursos i les estructures necessaris per erradicar aquesta violència.

- ✓ **L'abordatge comunitari**

La violència masclista és una qüestió cultural i social i, per tant, cal abordar-la des de la integració d'actius comunitaris disponibles, des d'una perspectiva salutogènica (PINSAP, 2016). Aquest abordatge i aquesta perspectiva permeten entendre'n els orígens i identificar les debilitats i les amenaces per erradicar-la.

✓ **La universalitat**

El Model és únic i comú per a tots els nivells sanitaris, tant de l'àmbit públic com de l'àmbit privat, i així ha de ser reconegut i utilitzat. El Model és, també, integrador, perquè ha de donar cabuda a totes les expressions que la violència masclista té sobre la salut de les dones.

✓ **La pedagogia**

Els objectius, els valors o els principis del Model, així com les actuacions que se'n deriven, han de ser pedagògics, per garantir la capacitat transformadora del sistema de salut; si no, es corre el risc de ser materials teòrics que no transcendeixin a la pràctica quotidiana. Perquè és en la pràctica assistencial on radica la possibilitat de transformació del sistema i es fa impensable la violència masclista com a lloc de mediació de les relacions humanes.

4.1.2 La governança

La segona dimensió és la governança, entesa com l'estructura de relacions entre diferents actors a través de la qual es prenen les decisions sobre política pública. L'objectiu de la governança és garantir que les entitats del sector públic serveixin per a les finalitats per a les quals van ser creades i que, per tant, actuïn de manera efectiva i eficient, i que els serveis que presten per compte de l'Administració siguin de qualitat (Governança, 2017).

Els valors imprescindibles per fer possible la governança són:

✓ **L'honestedat**

per aclarir la capacitat real d'intervenció en l'àmbit de la salut. És a dir, concretar tant la cartera de serveis que incorpora com la cartera de serveis que no en formen part.

✓ **La transparència**

per fer visible, accessible i comprensible qualsevol informació, document o dada sobre l'activitat relacionada amb l'abordatge de la violència masclista en el sistema de salut.

✓ **La qualitat**

per assumir el compromís de garantir el millor servei d'atenció a la salut de les dones i dels seus fills i filles amb els recursos disponibles.

✓ **L'eficiència**

per optimitzar els recursos disponibles, a partir de la cultura compartida de violències masclistes en el sistema de salut i tenint en compte les prioritats, posicionades segons els valors i els principis de les actuacions en cada situació.

- ✓ **L'adaptabilitat**
per tenir la capacitat d'adequar-se a les situacions diverses i canviants, tant pel que fa a les necessitats de les dones com als recursos disponibles, mantenint l'efectivitat i la qualitat.
- ✓ **L'honradesa**
per mantenir la sinceritat i la franquesa en l'atenció a les dones en situació de violència masclista, ja que aquestes dones necessiten conèixer els límits dels recursos disponibles que poden mobilitzar per poder prendre les decisions adequades en cada moment.
- ✓ **La humilitat**
per reconèixer les limitacions del sistema de salut, un valor que és imprescindible per optimitzar els recursos disponibles i obrir-se a la cooperació.
- ✓ **La potència**
per identificar si les prestacions que ofereixen els serveis de salut són susceptibles de ser millorades, repensades i avaluades per anar més enllà i arribar a ser allò que potencialment poden ser.

4.1.3 L'ètica de la cura

L'ètica de la cura, com a valor imprescindible, introdueix el reconeixement de la interdependència i de la relació entre els professionals i les dones i els seus fills i filles. L'ètica de la cura es desplega en dues subdimensions: la cura a les dones en situació de violència masclista i els seus fills i filles i la cura als professionals.

- ✓ **La cura de les dones i dels seus fills i filles**
Un valor clau en aquest model és situar les dones al centre dels recursos, les estratègies i les definicions. És necessari reconèixer que les dones en situació de violència masclista (i els seus fills i filles) són acompanyades com a víctimes d'una violència estructural i simbòlica en la qual, com a institució social, el sistema de salut té responsabilitat.
 - La independència. Les dones en situació de violència masclista han de poder ser ateses al marge de l'atenció a la seva família per garantir la confiança, l'acció i la discreció necessàries. De la mateixa manera, els fills i filles han de rebre l'atenció a les pròpies necessitats específiques com a subjectes de dret a la salut, tot mantenint el vincle amb la mare.
 - La diversitat. Reconèixer i acollir la diversitat de les situacions en què es presenta la violència masclista, així com la diversitat dels seus efectes sobre la salut de les dones, és ineludible per tenir la capacitat d'adaptació per atendre aquesta diversitat.

- La seguretat. Garantir des del sistema de salut, tant com sigui possible, la seguretat de les dones i la dels seus fills i filles.
- El vincle. Afavorir la vinculació de les dones en situació de violència masclista amb el conjunt del sistema de salut, més enllà de les persones que l'estan acompanyant en un moment donat, i ampliar la confiança en tots els recursos del sistema.
- La transparència en l'atenció. El sistema de salut ha de donar a conèixer a les dones i als seus fills i filles, amb claredat i de manera comprensible segons l'edat i la situació individual, els recursos disponibles, els límits d'aquests recursos i els seus efectes.

✓ **La cura dels professionals**

Els professionals són el nexa necessari entre el sistema sanitari i les dones en situació de violència masclista i les seves criatures. Posar-los al centre dels projectes, els protocols i els recursos és imprescindible per garantir-los seguretat, confortabilitat, capacitació i efectivitat.

- La professionalització en l'abordatge de la violència masclista. Cal garantir l'accés a una formació adequada i suficient per evitar un esforç individual, atès que l'atenció i l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut no pot fonamentar-se en la voluntarietat o la conscienciació dels professionals (CAMFIC, 2013).
- L'especialització. Cal donar lloc a l'especialització en l'abordatge de la violència masclista, ha d'haver-hi personal sanitari amb expertesa, tant per a l'atenció directa als efectes en la salut de les dones com per a l'organització de les estructures i l'equip, l'anàlisi de la informació, l'elaboració i la difusió de protocols...
- L'aprenentatge. Cal una revisió i una actualització constants en els sabers relacionats amb la violència masclista; el coneixement és un element clau en el seu abordatge.
- La valoració professional. Cal garantir-los formació, capacitació i cura i, alhora, reconèixer l'autoritat professional com a valor.
- El treball en equip. Cal un treball col·laboratiu entre les diferents especialitats i àmbits de responsabilitat, perquè la violència masclista no pot abordar-se des de la solitud.
- La provisió dels recursos i dels contextos de seguretat necessaris. Cal cobrir les necessitats professionals per poder atendre la fragilitat des de la confortabilitat, per evitar el desemparament, per acompanyar els

professionals mitjançant la supervisió i perquè se sàpiguen segurs respecte de la seva relació intrínseca amb els agressors.

- L'acompanyament del procés. Cal entendre l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista més enllà de l'èxit o el fracàs, més enllà de la resolució d'un problema. Els professionals no poden esperar que la seva actuació sempre reverteixi la situació de violència masclista viscuda per les dones. L'èxit i l'obligació del sistema és oferir el màxim de recursos i acompanyar les dones en el seu procés de recuperació.

4.2 Creences que dificulten la detecció i l'acompanyament

Les dificultats i els obstacles en l'abordatge sanitari de la violència masclista tenen a l'origen el fet que el disseny del sistema de salut neix en un context patriarcal que encara es manté. Per crear i consolidar una cultura compartida de l'abordatge de la violència masclista, primer objectiu estratègic, és imprescindible detectar aquestes dificultats que s'assenten dins del sistema de creences i afecten la pràctica d'atenció a la salut per poder-les revertir.

4.2.1 Dificultats per a la detecció

✓ El pretès perfil de les dones en situació de violència masclista

Un dels paranyes en l'abordatge de la violència masclista radica en la pretensió de fixar un perfil, un patró social, demogràfic, econòmic, cultural, etc., amb el qual sigui més fàcil identificar les dones que pateixen violència masclista. Aquesta és una fal·làcia que desenfoca la mirada professional, perquè invisibilitza l'evidència que la violència masclista és una realitat que s'inscriu en la vida de totes les dones. I, alhora, perquè supprimeix l'afectació singular que la violència masclista té en la vida de cada dona en particular i, en conseqüència, el procés de les dones per sobreviure a aquesta violència.

En aquest sentit, el relat que vertebrava el Model no es troba en el perfil de les dones, sinó en els seus processos per sobreviure a la violència masclista. Per aquesta raó, es parteix de la necessitat de gestar un model performatiu, transformador, amb capacitat per incorporar els diferents escenaris i contextos, fins i tot els no previstos en el mateix Model o aquells que el rebin.

✓ El menysteniment de la salut de les dones

El sistema de salut es va crear amb un biaix androcèntric. Aquest biaix provoca que, encara actualment, les afectacions en la salut dels homes siguin, en general, les referents per al sistema en l'atenció, les recerques, les anàlisis de dades, els protocols... Les afectacions en la salut de les dones sovint són mesurades des d'aquesta referència, menystenint les singularitats dels cossos de les dones,

interpretant les diferències com a carències i posant en relleu la funcionalitat reproductiva.

Els processos discriminatoris són aquells que transformen les diferències en jerarquies. Per eliminar-los del sistema de salut és necessari reconèixer les dones com a titulars de drets i atendre els seus cossos des de la centralitat. Aquest reconeixement és imprescindible per integrar l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles com a línia prioritària i continuada de treball del Departament de Salut.

✓ **El sistema eludeix la violència masclista**

En el sistema patriarcal, la violència masclista forma part de la vivència quotidiana de les dones; no obstant això, el mateix sistema articula eines argumentatives per negar-ne la quotidianitat i la magnitud (Bosch-Fiol, 2012). L'elusió és una de les eines de negació de les violències masclistes i, d'aquesta manera, es defuig l'assumpció de responsabilitat en la perpetuació i l'abordatge d'aquestes violències. Hi ha moltes estratègies per eludir la violència masclista i, de retruc, per cancel·lar el seu impacte en les dones. Una estratègia, inscrita en el sistema de salut, és manifestar la dificultat per atendre la diversitat dels seus efectes en la salut de les dones i la magnitud de l'impacte de l'afectació que té aquesta violència.

La violència contra les dones, tal com recull l'article 5 de la Llei 5/2008, en la redacció donada per la Llei 17/2020, del 22 de desembre, es produeix en una diversitat d'àmbits: el de la parella, el familiar, el laboral, el social o comunitari, el digital, l'institucional, el de la vida política o l'esfera pública de les dones i l'educatiu. En cadascun d'aquests àmbits s'hi exerceixen diverses tipologies i múltiples estratègies que provoquen danys en la salut de les dones i en la dels seus fills i filles, amb intensitat, dimensió i transcendència diferents.

L'abordatge des de l'àmbit sanitari d'aquests múltiples i diversos efectes en la salut de les dones no es pot fer des de l'atenció aïllada, sense acceptar la universalitat de la vivència de la violència masclista. La creació i l'assumpció d'una cultura compartida que reconegui aquesta realitat implicarà deixar d'eludir la violència masclista en tota la seva magnitud i permetrà que el sistema de salut pugui definir polítiques de salut úniques i efectives, més enllà del pla discursiu o de la incidència segmentada o marginal.

Amb l'elusió de la responsabilitat i de la diligència deguda, el mateix sistema de salut violenta també les dones per raó de gènere, cosa que deriva en violència en l'àmbit institucional. Dues estratègies per revertir l'elusió i prevenir la violència institucional són la incorporació de la perspectiva de gènere en la concepció i la implementació de les polítiques de salut en relació amb l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles i la identificació de la violència masclista com un determinant social de la salut de les dones (OMS, 2012).

✓ **La normalització i la naturalització de la violència masclista**

La violència masclista, en qualsevol de les seves expressions, deixa empremta en les seves víctimes. Hi ha efectes que, des de l'àmbit de la salut, són fàcilment identificables perquè responen a agressions que deixen lesions físiques, però hi ha afectacions més difícils de determinar perquè es mostren a través dels processos d'emmalaltiment, que requereixen una perspectiva integral de la salut. Sovint, la fragmentació dels símptomes i el seu tractament de manera aïllada dificulta la detecció d'aquest procés de deteriorament de la salut de les dones. Aquesta carència de comprensió pot comportar una experiència de revictimització en les dones que pateixen violència.

Els processos d'emmalaltiment són més freqüents quan la violència masclista es produeix en l'àmbit de la parella o el familiar, però no exclusivament, ja que també poden activar-se per experiències abusives en altres àmbits, així com per una recuperació no adequada de vivències aïllades de violència masclista. Les dones, com a eina adaptativa per a la reducció de la percepció del dolor i per a la supervivència, poden dissociar l'estat de salut mental i de salut física en el moment del trauma, estratègia que deixa molts efectes col·laterals en la seva salut, sovint difícils d'identificar (Walker, 2012).

La normalització d'aquesta violència suposa que les dones i els seus fills i filles hagin de sobreviure als seus efectes sense que el sistema de salut les proveeixi de recursos de cura de la vivència traumàtica, perquè els professionals, davant de símptomes inespecífics o queixes somàtiques, tenen dificultats a identificar la violència masclista com a origen d'aquest emmalaltiment.

✓ **L'excepció com a norma**

En el marc de l'abordatge de la violència masclista, la diversitat de les casuístiques i dels contextos representa el desafiament metodològic més important. Perquè els professionals de la salut acompanyin el procés de recuperació i supervivència de cada dona, és necessari explorar el context de realitat de cada una d'elles i construir un marc de treball específic per a cada situació.

✓ **L'agressor: un implícit en l'abordatge**

En la detecció de les dones en situació de violència masclista, entesa com el moment en què el professional de la salut ha de validar-la i, si hi ha confirmació, posar en marxa els recursos necessaris, hi ha un element dissuasiu encobert: la por dels professionals. Una por vinculada a dos resultats:

- La por vinculada a la pròpia seguretat, perquè perceben l'amenaça per a la seva integritat física davant la violència de l'agressor, si aquests agressors reaccionen malament quan perden el seu poder sobre les dones.
- La por vinculada a la possibilitat d'incrementar el risc de la dona en situació de violència masclista quan l'agressor és identificat.

La por, real i legítima, pot ser un element que comprometi l'atenció a la salut de la dona, la minimitzi i no permeti fer-ne la detecció necessària, situació que disculpa l'agressor i perpetua en la dona la situació de violència masclista.

4.2.2 Dificultats per a l'acompanyament

✓ La piscina buida

La piscina buida és la metàfora del trajecte que moltes dones travessen en les estructures institucionals d'abordatge de la violència masclista. Fins a aquest moment i de manera general, les estratègies institucionals d'abordatge de la violència masclista situen la responsabilitat en les dones i preveuen els procediments que les dones han de seguir per poder-se'n sortir. Aquests procediments han d'estar dimensionats i han de disposar dels recursos necessaris per garantir una atenció de qualitat i evitar les dificultats d'accés.

Per fer efectiva l'atenció a les violències masclistes, cal simplificar aquests procediments institucionalitzats en els protocols i els circuits, desburocratitzar-los i evitar processos laberíntics, complexos i abstractes, centrats més en la tramitació que en l'acompanyament. Aquesta simplificació ha de concretar les funcions del sistema, dels equips i dels professionals per facilitar el vincle de les dones.

✓ L'instint maternal

La validació social de l'existència de l'instint maternal condiciona l'abordatge de la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles, perquè la maternitat encara ara dona sentit social a les dones i aquelles que no són mares o no ho volen ser poden sentir-se pressionades. Aquest instint maternal col·loca les dones en l'obligació de la maternitat amb tots els riscos que això pot comportar en aquelles que viuen en una situació de violència masclista (Donoso, 2018).

El sistema de salut no pot desatendre els fills i les filles de les dones en situació de violència masclista responsabilitzant la mare d'aquesta situació, i l'efecte que la violència masclista té en la salut de les mares tampoc no hauria de ser un motiu perquè el sistema de protecció social retiri les criatures de les mares quan no poden cobrir adequadament totes les necessitats dels seus fills i filles.

✓ Les criatures com a subjectes de ple dret

La Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència, a la seva exposició, argumenta que "l'exposició dels menors a aquesta forma de violència a la llar, lloc en el qual precisament haurien d'estar més protegits, els converteix també en víctimes d'aquesta violència. Per tot això, és necessari, en primer lloc, reconèixer els menors víctimes de la violència de gènere mitjançant la seva consideració a l'article 1 de la Llei 1/2004 de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, amb l'objecte de visibilitzar aquesta forma de violència que es pot exercir sobre ells".

La Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, en la redacció donada per la Llei 17/2020, del 22 de desembre, reconeix explícitament la violència vicària, aquella violència exercida contra els fills i filles amb la finalitat de provocar dany psicològic a la mare, com una forma de violència masclista.

L'atenció als fills i filles de les dones en situació de violència masclista ha de disposar de recursos específics i integrats en els recursos generals, sense que la responsabilitat recaigui sobre la mare o bé que l'accés a aquests recursos impliqui per a la mare l'allunyament de les criatures. Aquesta atenció integral a la salut dels fills i filles de dones en situació de violència masclista demana una perspectiva de gènere per evitar la vulneració dels drets dels infants i satisfer les seves necessitats, sempre que sigui possible, allà on viuen i creixen (Llei 14/2010; Llei orgànica 8/2015).

Els fills i filles de dones en situació de violència masclista són subjecte de dret, amb necessitats pròpies que han de ser valorades independentment. La seva atenció no pot ser entesa com complementària a la de la mare, per la qual cosa, com a víctimes reconegudes, cal elaborar estratègies d'atenció integral específiques per a les criatures, així com formar els professionals que les atenen (Save the Children).

4.3 Proposta d'actuacions per assolir els objectius estratègics

Per poder oferir una atenció adequada a les dones en situació de violència masclista és imprescindible disposar d'un sistema de salut que assumeixi la cultura de l'abordatge de la violència masclista, fent explícits els components culturals, ideològics i polítics que la regeixen, i que redimensioni els recursos necessaris per fer-la efectiva.

Els valors no es poden pressuposar, sinó que és necessari explicitar-los i contextualitzar-los perquè siguin reconeguts i s'integrin al sistema de salut i a la pràctica professional d'abordatge de la violència masclista. És en aquest sentit que el Model és una eina que té per missió gestar una cultura de l'abordatge de la violència masclista i, en conseqüència, és imprescindible dissenyar les mesures adequades per assolir aquesta fita.

L'erradicació de la violència masclista demana un marc d'acció que afavoreixi les transformacions dels components culturals, ideològics i polítics del sistema de salut per incidir en les estructures i els recursos que han de garantir l'atenció biopsicosocial i integral de la salut de les dones en situació de violència masclista.

Les actuacions estratègiques (AE) proposades han de permetre assentar els valors per facilitar una pràctica professional responsable i superar les dificultats que s'han detectat com a obstacles principals en l'atenció a la salut de les dones

en situació de violència masclista i, d'aquesta manera, complir els objectius estratègics que s'emmarquen en aquest Model:

- AE1.** Incorporar la formació acadèmica de professionalització en l'atenció a la salut de continguts específics que confereixin capacitat en l'abordatge de la violència masclista.
- AE2.** Incorporar la formació acadèmica de professionalització en l'atenció a la salut de continguts específics que atorguin competència metodològica i conceptual en perspectiva de gènere.
- AE3.** Definir itineraris de reciclatge professional en relació amb l'abordatge de la violència masclista reconeguts formalment i requerits a tots els professionals que operen en l'àmbit de l'atenció a la salut.
- AE4.** Dissenyar una campanya de comunicació del Model que, d'una banda, incorpori els elements de la comunicació interna dins del sistema de salut per garantir l'accés i el coneixement del Model per part de tots els professionals i, de l'altra, situï les prioritats de la comunicació externa davant de la necessitat que les dones identifiquin quin és el paper que té la xarxa de salut en l'abordatge de la violència masclista.
- AE5.** Crear materials que permetin la comunicació ambiental: pòsters, tríptics, targetes, vídeos...
- AE6.** Crear una línia específica de suport a la recerca per identificar quins són els biaixos de gènere de la violència masclista, com a determinant social de la salut, que impacten en la salut de les dones i en el procés de detecció de la violència masclista.
- AE7.** Crear una línia específica de suport a la recerca per dimensionar l'impacte de la violència masclista en la salut dels fills i filles i identificar les necessitats de les quals el sistema sanitari ha de proveir-los en qualitat de subjectes de dret a l'atenció de la seva salut.
- AE8.** Crear una línia específica de suport a la recerca per dimensionar l'impacte interseccional en l'abordatge de la violència masclista i la formulació de programes específics en àrees prioritàries com la salut mental, la salut social, la salut sexual, la diversitat funcional, les addiccions, etc.
- AE9.** Crear una línia específica de suport a la recerca per assentar les bases per a la definició d'un model d'intervenció amb els homes agressors en l'àmbit de la salut.

5 Alinear les estructures, els recursos i l'organització als objectius del Model

L'exosistema, un dels quatre sistemes que defineixen el model ecològic, fa referència al Departament de Salut, incloent-hi tots els organismes vinculats. Comprèn les estructures i les relacions de dependència, els recursos econòmics, els models d'organització del treball i dels equips, els professionals, les condicions laborals, els rols i les competències, l'ordenació territorial... L'exosistema ocupa una posició central en el model, atès que, imbuït per la cultura de l'abordatge de les violències masclistes en l'àmbit de la salut, té com a funció planificar i executar la cartera de serveis de tal manera que, en la pràctica de l'atenció, es garanteixi la seguretat i la confiança entre les dones i els professionals de la salut.

En aquest sentit, els recursos humans, físics i financers han de ser suficients i adequats perquè el Model sigui aplicable, atès que són els elements que determinaran la distància entre la proposta ideal dissenyada en el Model i l'atenció i l'acompanyament cap a la recuperació real de les dones en situació de violència masclista. El Departament de Salut, en el seu compromís de treballar per a l'erradicació de la violència masclista, ha de vetllar perquè els professionals disposin de totes les eines necessàries per dur a terme les seves competències en els contextos de relació professional i a través de la seva articulació en circuits i protocols.

5.1 Principis rectors

Els principis rectors són elements orientadors del Model que defineixen el marc tàctic i faciliten l'assoliment dels objectius del Model. Els principis rectors s'han distribuït en dues dimensions, una relacionada amb les estructures, l'organització i els recursos financers, i l'altra relacionada amb els professionals.

5.1.1 Principis que regeixen l'adequació de les estructures

Les decisions dels responsables en l'adequació de les estructures, els circuits, els espais físics, els models organitzatius, els recursos financers..., per fer efectiu aquest Model han d'estar amarrades dels principis següents:

✓ Principis d'identitat

Un percentatge molt elevat de les violències masclistes es produeixen en l'àmbit de la parella o en l'àmbit familiar. El fet que la xarxa d'atenció primària de salut situï la família com a unitat d'articulació i accés als recursos sanitaris obstaculitza l'atenció singularitzada de les dones. Aquesta atenció singularitzada aporta seguretat a les dones i als professionals que les acompanyen en la seva recuperació de la salut, perquè redueix les situacions de risc per a la salut i la integritat de les dones i els seus fills i filles.

El principi d'identitat serveix per superar la unitat familiar com a subjecte de referència de l'atenció primària amb l'objectiu de visibilitzar totes les persones que la componen i garantir l'atenció individualitzada en un context de seguretat i de confidencialitat. Aquesta substitució en les dones pot evitar estratègies de supervisió i control comeses pels agressors, pot crear espais confortables que garanteixin la seguretat i la intimitat i facilitin identificar i detectar les situacions de violència masclista i pot protegir les dones i els professionals de les estratègies de coacció dels agressors.

El principi d'identitat també reforça els drets dels fills i filles, perquè suposa no prioritzar els drets del pare en relació amb la informació sobre les seves dades de salut

✓ **Principi de realitat**

El Model ha d'ajustar-se al context de fragilitat del sistema de salut públic, i de manera molt significativa, del sistema d'atenció primària. Els equips de professionals han de disposar de les condicions de treball adequades per poder acompanyar l'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista, perquè la insuficiència dels recursos necessaris per a la implementació del Model pot suposar violència en l'àmbit institucional contra els professionals i, de retruc, contra les dones ateses.

El principi de realitat té per objecte, doncs, evitar la dissociació que es produeix en la ideació d'un Model que no reconeix la situació i els condicionants estructurals que en determinen la implementació.

✓ **Principi de coherència, valoració i validació**

El Model és una eina de treball i, en conseqüència, ha d'estar a disposició dels professionals que el requereixen per poder procedir adequadament en la seva pràctica professional d'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles. El sistema de salut ha de dotar dels recursos necessaris per proveir l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista, i les seves criatures, perquè els professionals facin l'acompanyament adequat per assolir la millor recuperació possible.

El principi de coherència, valoració i validació s'assoleix amb un pla d'implementació territorial del Model que el faci arribar als professionals de tot el territori per garantir-ne la implementació universal dins del sistema de salut i que, alhora, reculli i incorpori les seves experiències i bones pràctiques. Així, la finalitat darrera del Model és esdevenir una eina viva, coneguda i reconeguda pels professionals i adequada a les necessitats de salut de les dones i dels seus fills i filles en els diferents contextos.

✓ **Principi de pertinença**

Els serveis de salut formen part dels recursos per a una intervenció coordinada contra la violència masclista. La complexitat de l'abordatge de la violència

masclista demana el treball en xarxa amb altres àmbits i altres administracions o organismes. Aquest treball coordinat requereix una cultura comuna d'abordatge de les violències masclistes, el reconeixement de les competències i els rols de cadascun dels membres i el coneixement dels recursos disponibles. Aquest treball de col·laboració ha de ser efectiu en l'acompanyament i la recuperació de les dones en situació de violència masclista i dels seus fills i filles, ha de cobrir les seves necessitats quotidianes, ha de ser integrat en la comunitat i ha de tenir en compte la perspectiva interseccional.

El principi de pertinença valida el treball en xarxa com a ineludible per a l'erradicació de la violència masclista i com a imprescindible per a la recuperació i la reparació de les dones en aquesta situació. Aquest principi obre el camí al reconeixement de la importància de la participació, des de les especificitats i les funcions de cadascun dels recursos, i posa el sistema de salut a disposició de la xarxa amb l'honestat de la mateixa capacitat d'intervenció i els seus límits d'intervenció.

✓ **Principi d'equitat**

L'accés al servei d'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles ha de ser universal. L'atenció i l'acompanyament en la recuperació de la salut han de ser accessibles des de tots els territoris de Catalunya i per a totes les dones, amb independència de l'origen, el nivell d'estudis, la classe social, la situació econòmica, l'estructura familiar... (Hirmas *et al.*, 2013).

El principi d'equitat fa referència a la necessitat de prevenir desigualtats evitables, innecessàries i injustes en l'accés i l'atenció a la salut, per la qual cosa és necessari identificar les dificultats d'accés i atenció a la salut i les causes que les motiven, així com revisar els protocols i els circuits per donar les mateixes oportunitats a totes les dones, amb independència de les seves característiques personals i del territori on resideixin.

5.1.2 Principis que regeixen la tasca dels professionals

Els professionals de la salut en l'atenció i l'acompanyament a les dones en situació de violència masclista han d'observar els principis següents:

✓ **Principi de no-resolució**

La violència masclista no és un problema que tenen algunes dones, sinó que és la realitat de les dones en les societats patriarcals, les quals, a vegades, en unes situacions concretes determinades, no tenen un itinerari per resoldre-la. El rol dels professionals del sistema de salut és el d'acompanyar-les amb la cura dels efectes que la violència masclista té sobre la seva salut, tot i que no sempre tenen la possibilitat de resoldre aquesta violència ni de recuperar-se dels danys en la seva salut.

El principi de no-resolució proposa eliminar la culpabilització tant de les dones com dels professionals i comprendre el procés d'acompanyament a la recuperació més enllà dels paràmetres d'èxit o fracàs.

✓ **Principi de confidencialitat**

No és fàcil reconèixer-se víctima de la violència masclista, ni tampoc compartir la vivència. Moltes dones s'expressen a través del silenci, la vergonya, la responsabilització i la culpabilització, manifestacions que obstrueixen la comunicació amb els professionals de la salut.

El principi de confidencialitat és necessari per delimitar un espai de confidencialitat en la consulta on les dones puguin reconèixer-se l'autoritat sobre si mateixes i les pròpies decisions, per poder actuar en el moment en què elles se sentin preparades per fer-ho. Un espai de confidencialitat que també reconeix les funcions dels professionals i autoritza les seves pràctiques de preservació del vincle professional, de gestió dels espais de confiança i de cura, així com del treball d'identificació del risc que representa la violència masclista per a la integritat física i emocional de les dones.

A més a més, per als professionals garanteix vetllar per la confidencialitat de les seves dades, promou procediments de denúncia corporativa en relació amb les agressions detectades i n'assegura la protecció amb els mitjans necessaris.

✓ **Principi de diligència**

La diligència deguda, segons la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, en la redacció donada per la Llei 17/2020, del 22 de desembre, es defineix com "l'obligació dels poders públics d'adoptar mesures legislatives i de qualsevol altre ordre per actuar amb l'agilitat i l'eficiència necessàries i assegurar-se que les autoritats, el personal, els agents, les entitats públiques i els altres actors que actuen en nom d'aquests poders públics es comportaran d'acord amb aquesta obligació, amb vista a prevenir, investigar, perseguir, castigar i reparar adequadament els actes de violència masclista i protegir-ne les víctimes".

En l'àmbit de les violències masclistes, aquest principi té un repte rellevant, atès que, tot i el procés de precarització de la salut física i emocional de les dones que engendra, a vegades la violència masclista no és reconeguda ni expressada per la dona.

El principi de diligència promou la identificació d'aquesta violència masclista silenciada, a partir de l'escolta activa de la simptomatologia, amb la formulació de les preguntes adequades realitzades en un context de seguretat i de vincle professional. L'aplicació del principi de diligència requereix formació, capacitació i supervisió per reduir les incerteses que poden comportar inacció per part dels professionals. Es tracta d'una formació amb l'objectiu de fixar l'estàndard de coneixements que han de tenir tots els professionals de la salut en relació amb l'abordatge de la violència masclista, una formació extensiva i no voluntària, per garantir la implementació del Model al sistema de salut. La posada en marxa

d'equips de referència i d'espais de supervisió té com a objectiu que els professionals disposin d'espais de supervisió professional on puguin compartir els dubtes i les dificultats, així com els èxits i les bones pràctiques en la implementació del Model.

✓ **Principi de gestió de la complexitat**

El sistema públic de salut és un recurs estratègic des d'on es pot acompanyar les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista. Tanmateix, d'una banda, el sistema de salut, de manera general, encara no ha fet el procés d'identificació de la violència, de les seves causes i efectes en la salut de les dones, i, d'altra banda, moltes dones no han trobat encara les paraules o la veu i no coneixen les experiències d'altres dones que han sobreviscut i han sanat els efectes de la violència masclista. No hi ha perfils de dones, ni expertesa en les dones i els professionals en l'atenció a les violències masclistes, i els tipus de violència, els àmbits i l'impacte sobre la salut de les dones són molt heterogenis. L'atenció singularitzada a cada dona demana una gestió de la complexitat i l'abordatge tant de la dimensió simbòlica com de la dimensió material.

El principi de gestió de la complexitat només es pot abordar des de la perspectiva de gènere, que proposa estratègies de transformació dels sistemes de creences patriarcal i, en conseqüència, de l'estructura, l'organització i la dinàmica del sistema de salut. Aquests canvis són indispensables per aprendre a acollir la complexitat que demana acompanyar les dones que viuen o han viscut violència masclista en el seu procés de recuperar la salut.

✓ **Principi de simultaneïtat**

Els efectes que la violència masclista té en la salut de les dones poden ser molt diversos en intensitats i en comorbiditat i afectar tant la seva salut física com la sexual o la mental. És imprescindible identificar l'origen d'aquests símptomes i l'estat de salut per plantejar un abordatge biopsicosocial i multidisciplinari en el procés de recuperació o millora de la seva salut. Aquest abordatge holístic, que permet entendre la situació i plantejar una atenció singularitzada, és especialment rellevant quan s'observa el consum de substàncies tòxiques o es diagnostiquen problemes greus de salut mental.

El principi de simultaneïtat només es pot emprendre incorporant la perspectiva interseccional per poder oferir a cada dona el context de recuperació adequat a la seva situació. La interseccionalitat és un concepte teòric i metodològic que té en compte les múltiples categories diferents que conformen, alhora, la identitat i les relacions entre les persones i mostra com les realitats i les necessitats de cada persona estan condicionades per la seva posició en relació amb els diferents eixos de desigualtat: classe social, diversitat funcional i discapacitat, edat i cicle de vida, estructura familiar, orientació sexual i identitat de gènere, origen i migració, racialització, religió i creences, sexe i gènere, benestar emocional i salut mental, etc.

✓ Principi de transferència

Una cultura compartida d'abordatge de les violències masclistes permet assentar les bases que faciliten la transferència dels coneixements, les experiències i les bones pràctiques generades en un àmbit concret del sistema sanitari. Aquesta cultura compartida en valida els continguts i només fa necessari adaptar-los a la resta d'àmbits i nivells.

El principi de transferència difon el Model, el millora contínuament, n'homogeneïtza els estàndards, assegura les mateixes oportunitats en l'atenció a la salut de les dones i permet identificar la mala praxi professional.

5.2 Proposta d'actuacions per assolir els objectius tàctics

Per poder oferir una atenció adequada a les dones en situació de violència masclista i els seus fills i filles i assolir els objectius d'impacte del Model, és imprescindible, a més d'assumir una cultura de l'abordatge de la violència masclista, establir les estructures, els recursos (físics, humans, intangibles, econòmics...) i l'organització per fer-ho possible.

Els principis rectors orienten els processos per alinear les estructures, els recursos i l'organització al Model, defineixen els marcs competencials i funcionals respecte de la responsabilitat que cada agent té en l'abordatge de la violència masclista dins del sistema de salut i precisen les sinergies de cooperació, coordinació i derivació dins del sistema de salut i dins dels circuits territorials per abordar la violència masclista.

Les actuacions tàctiques (AT) són aquelles accions necessàries per donar context i marc de viabilitat als objectius d'impacte que aquest Model proposa:

- AT1.** Assignar una partida pressupostària específica al procés d'implementació del Model i identificar les despeses addicionals i les despeses estructurals que implicarà l'execució del Model.
- AT2.** Definir els àmbits competencials de cadascun dels agents que integren el sistema de salut, la concreció de l'àmbit funcional dels rols professionals i la concisió en els processos de derivació informada i responsable dins del sistema de salut.
- AT3.** Constituir formalment un grup de treball específic dins d'una unitat del Departament de Salut, definint-ne la composició dels àmbits d'expertesa i l'articulació territorial i funcional.
- AT4.** Definir un model d'atenció primària de la xarxa pública de salut que reconegui la persona i no la unitat familiar com a subjecte de relació dins la xarxa de salut.

- AT5.** Dissenyar el pla d'implementació del Model i definir les metodologies d'aplicabilitat i la proposta de temporització.
- AT6.** Diagnosticar la situació de la xarxa professional de salut en relació amb l'abordatge de la violència masclista mitjançant una enquesta d'avaluació dels obstacles i de les oportunitats per orientar un pla de treball específic respecte de les condicions en què els professionals del sistema de salut treballen en l'abordatge de la violència masclista.
- AT7.** Incorporar el sistema de salut als circuits territorials d'abordatge de la violència masclista i crear els circuits de coordinació de totes les unitats d'atenció a la salut per a un abordatge multidisciplinari de la violència masclista.
- AT8.** Cercar el consens administratiu respecte del procediment de derivació confirmada dins de la xarxa de salut i respecte dels circuits territorials per a l'abordatge de la violència masclista.
- AT9.** Promoure la incorporació de l'abordatge de la violència masclista dins dels codis deontològics de l'àmbit professional de la salut.
- AT10.** Promoure l'elaboració d'un procediment de denúncia professional d'acord amb la resolució de l'equip i no del professional que acompanya el procés d'atenció a la salut de la dona i la de les seves criatures. Col·laborar en el disseny i implementació de la denúncia corporativa com a protecció per als professionals.
- AT11.** Dissenyar i implementar un pla de formació departamental orientat a la professionalització en l'abordatge de la violència masclista.
- AT12.** Avaluar el nivell d'incorporació i implementació de la perspectiva de gènere als dissenys de les polítiques públiques de salut relacionades amb la violència masclista.
- AT13.** Dissenyar i implementar programes específics en àrees prioritàries com la salut mental, la salut sexual, la salut social, la diversitat funcional, el VIH, les addiccions..., des d'una perspectiva interseccional d'abordatge de la violència masclista.
- AT14.** Dissenyar una estratègia específica per a l'atenció a la salut dels fills i filles de les dones en situació de violència masclista.

6 Garantir un marc de relacions de confiança

Gestar una cultura de l'abordatge de les violències masclistes i alinear les estructures, els recursos i l'organització als objectius del Model són condicions necessàries per a una pràctica professional que garanteixi un marc de relacions de confiança. Aquesta confiança s'ha d'entendre dels professionals en el sistema de salut, amb la transferència de bones pràctiques i el treball col·laboratiu, i de les dones en els professionals i en el sistema durant tot el procés d'acompanyament en la recuperació de la seva salut. Aquest marc de relacions de confiança ha de generar-se des de les institucions, perquè no hagi de dependre exclusivament dels professionals.

6.1 La responsabilitat institucional

Les institucions han de garantir als professionals els recursos materials necessaris i un context i unes condicions laborals adequades, definides, segures i satisfactòries per afavorir l'acompliment dels seus papers professionals (Caron, 1996).

Els professionals necessiten una definició clara dels seus rols per poder exercir-los de manera efectiva i satisfactòria; de les expectatives tant socials i comunitàries com específiques de l'àmbit de la salut; de les expectatives pròpies de cada persona en relació amb el rol professional; de les habilitats, les actituds i els coneixements dels professionals, i dels recursos disponibles a l'abast per poder desenvolupar efectivament aquests rols.

La violència masclista impacta sempre en la salut de les dones, pot mostrar diferents simptomatologies i pot requerir especialitats mèdiques de totes les àrees de la salut segons les formes en què es manifesta la violència masclista i els àmbits on es produeix. Quan l'agressió és física i directa (agressió sexual, lesions diverses, trauma, mutilació genital, avortament de risc, accident intencionat...), l'abordatge, tot i que és complex, ofereix una certa claredat en la identificació de la violència masclista com a origen. L'impacte en la salut de les dones també es pot manifestar com un procés d'emmalaltiment de les dones i dels seus fills i filles amb una simptomatologia més inespecífica. Aquest procés d'emmalaltiment no és exclusiu de l'àmbit de la parella, de l'exparella, de l'àmbit familiar o de l'entorn d'amistat, sinó que també pot provenir d'una violència masclista exercida en altres àmbits, com el laboral, el comunitari, el digital, l'institucional, el de la vida política o l'esfera pública de les dones i l'educatiu.

L'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista no es pot abordar des de la solitud del professional. En el moment de la identificació s'inicia un procés d'acompanyament a la dona, que requereix la capacitació dels professionals d'atenció primària i comunitària i la coordinació i la col·laboració

amb altres equips, recursos i/o especialitats del mateix centre (CAP) o de l'entorn sanitari més immediat, com són els centres assistencials de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), els centres de salut mental d'adults i els infantils i juvenils (CSMA i CSMIJ), els centres d'atenció i seguiment de les addiccions (CAS), les urgències i les emergències, així com especialitats mèdiques i centres sanitaris diversos. Tanmateix, en el moment de la detecció i la posterior valoració de la situació, quan, si s'escau, cal activar aquests recursos, la incertesa davant del seu correcte funcionament pot provocar inacció per part dels professionals. Per evitar aquesta elusió es requereix, a escala individual, formació especialitzada per identificar la situació de violència masclista, capacitació per aprendre a gestionar la pròpia por i actitud per assumir la responsabilitat i, sobretot, en l'àmbit del sistema de salut, una oferta de recursos suficients i adequats per poder-los articular davant de cada necessitat concreta, així com mesures de seguretat jurídica i d'integritat física.

6.2 Proposta d'actuacions per assolir els objectius d'impacte

Els professionals són al centre del Model perquè són els responsables de la detecció, l'atenció i l'acompanyament de les dones en situació de violència masclista i dels seus fills i filles. És per això que el sistema de salut ha d'afavorir que disposin de coneixements, competències, capacitats i recursos que permetin atendre les dones de manera singularitzada i que siguin adequats a les necessitats específiques.

El Model pretén ser l'eina estratègica que faciliti la transformació del sistema de salut en relació amb l'abordatge de les violències masclistes, així com el marc de referència de la pràctica assistencial. En aquest sentit, els valors i els principis rectors del Model han de transferir-se a les eines que cada nivell assistencial i cada territori han desenvolupat per dur a terme aquesta pràctica.

Les accions d'impacte (AI) estan centrades en l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i van adreçades tant als professionals com a les dones en aquesta situació que són ateses als serveis de salut.

Quant als professionals:

- AI1.** Disposar de la informació actualitzada sobre recursos i/o innovacions en el sistema, mitjançant formació formal, reglada, suficient, continuada i compartida, amb els temps i els espais necessaris per seguir-la adequadament.
- AI2.** Disposar dels espais de supervisió dels professionals i dels equips com a instrument per tenir cura dels mateixos professionals de la salut i enfortir-ne la confiança i la seguretat.

- A13.** Disposar de figures i equips de suport i acompanyament als professionals en l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista, amb adscripció específica (agenda i capacitació) a aquestes funcions, amb reconeixement de les seves competències, amb autoritat per activar els recursos (del mateix centre i d'altres centres d'atenció a la salut) i amb accés per la resta de professionals de la salut.
- A14.** Disposar regularment d'espais d'intercanvi i avaluació per compartir experiències i bones pràctiques sobre l'adequació de les estructures, els processos, les xarxes, els recursos..., i aportar propostes de millora tant a l'atenció a les dones com al Model.
- A15.** Disposar de flexibilitat en els horaris i les agendes per poder atendre les dones de manera curosa i singularitzada.
- A16.** Disposar del coneixement de tots els recursos propis del sistema sanitari per acompanyar les dones en el procés de recuperació de la seva salut, procurant la vinculació amb l'àmbit de la salut, més enllà del professional que hagi realitzat la primera identificació.
- A17.** Disposar del suport necessari en el moment en què, a iniciativa dels professionals, pel risc greu que la violència masclista pot tenir en la salut o la integritat vital de la dona, o a iniciativa de la dona, es volen iniciar procediments jurídics o legals, inclosa la interposició de la denúncia.
- A18.** Disposar de tots els instruments per garantir en tot moment la confidencialitat de la dona, com a dret de la dona i com a eina per vincular-la al sistema de salut.
- A19.** Disposar d'eines per facilitar la detecció, el seguiment i el coneixement de les violències masclistes mitjançant la història clínica compartida, on es declarin els símptomes i els diagnòstics vinculats a la violència masclista.
- A110.** Utilitzar la plataforma conjunta del sistema de salut per normalitzar la col·laboració i la cooperació entre els diferents àmbits d'atenció.
- A111.** Disposar d'espais formals d'intercanvi d'informació i coneixement entre unitats, àmbits i centres de salut amb relació a la salut de les dones en situació de violència masclista.

Pel que fa a les dones en situació de violència masclista que són ateses als serveis de salut:

- A112.** Disposar d'una figura referent, amb formació reglada especialitzada, per a les dones perquè les acompanyi en el trànsit de la detecció dels efectes en la salut i en la xarxa de recursos que calgui o es puguin activar per a un procés de recuperació de la violència masclista.

- AI13.** Disposar d'espais confortables i amb privacitat en els centres de salut per poder ser ateses de manera curosa i segura.
- AI14.** Disposar d'informació sobre l'accés, la cartera de serveis i el tipus d'abordatge que el sistema de salut fa en l'atenció i l'acompanyament de les dones en situació de violència masclista.
- AI15.** Disposar d'elements facilitadors per trencar les barreres idiomàtiques, tant en l'atenció presencial com en els documents, els fullets, informació i cartelleria diversa.

7 Governança del Model: implementació, seguiment i avaluació i recursos

La governança és l'estructura de relacions entre diferents actors a través de la qual es prenen les decisions sobre política pública. En la governança de les violències masclistes en l'àmbit de la salut destaquen dos tipus d'agents (Riba, 2020). Un agent, de caràcter polític, és el Departament de Salut, a qui correspon la definició de l'estratègia, l'assignació dels recursos i el control dels resultats, que es concreta mitjançant el Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles. L'altre tipus d'agents són aquells que formen part de totes les entitats que componen el sistema públic de salut i que executen el mandat estratègic, sigui mitjançant l'operativització de la política, com és el Servei Català de la Salut, o bé per fer efectiva l'atenció a la salut de les dones, com són totes les entitats proveïdores.

La governança ha de garantir que tots els agents actuïn seguint les directrius de la direcció pública i que l'actuació es regeixi pels principis d'efectivitat, eficiència i legalitat, bon govern i transparència (Olcese, 2004), així com pels principis rectors propis del Model.

Amb l'objectiu de garantir la governança del Model, el mateix Model proposa actuacions en el marc de la implementació, de l'avaluació i dels recursos.

7.1 Implementació

Amb la presentació del Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles no finalitzen les funcions que té atribuïdes el Departament de Salut. La presentació suposa el primer pas de la implementació i és responsabilitat del Departament de Salut facilitar la implementació i vetllar perquè la resta d'agents del sistema de salut portin el Model efectivament a la pràctica.

Per mantenir aquesta responsabilitat política, la Direcció General de Planificació en Salut ha constituït un grup de treball específic format per professionals experts amb el mandat de promoure i acompanyar la implementació del Model, amb les funcions, entre d'altres, de donar suport a la seva operativització, facilitar l'adequació dels protocols al nou Model, garantir l'equitat en l'accés i l'acompanyament, promoure la recerca i el coneixement i crear espais de col·laboració entre els professionals que hi treballen. Aquest grup de treball també és el responsable de coordinar-se amb la resta de departaments de la Generalitat de Catalunya, especialment amb l'Àrea de Violències Masclistes de l'Institut Català de les Dones, i altres agents per lluitar per a l'erradicació de les violències masclistes a Catalunya.

Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles

Com a instruments per facilitar la implementació de manera coordinada, destaca la creació d'una pàgina web específica que recull i comparteix tots els documents en relació amb el Model d'atenció a la salut de les dones en situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles i la primera convocatòria de Bones pràctiques en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la salut, que té per objecte compartir les experiències i facilitar el procés de rèplica en altres territoris i àmbits sanitaris.



Figura 3. Infografia de la primera convocatòria de bones pràctiques (17 de gener de 2021)

Entre els projectes que cal desenvolupar per facilitar i garantir la implementació del Model destaquen:

- ✓ Posada en marxa d'un pla de comunicació per difondre el Model entre els professionals del SISCAT i les associacions de dones amb productes diferenciats sigui pel format, el canal o el moment per apropar el contingut adequat a cada grup de població.
- ✓ Disseny del pla d'implementació del Model per identificar les responsabilitats compartides dels diferents agents del SISCAT, amb la temporització dels compromisos i la creació d'una comissió per fer-ne el seguiment.
- ✓ Disseny del pla de formació dels professionals de la salut per concretar els coneixements, les capacitats i les actituds, tenint en compte els valors i els principis del mateix Model, que han d'incorporar, indispensablement, tota la formació en violència masclista en l'àmbit de la salut, amb l'objectiu de facilitar tant la preparació de nous cursos com l'adequació del material formatiu ja existent.
- ✓ Elaboració d'una guia per introduir la perspectiva de gènere i la perspectiva interseccional en l'atenció a la salut de les dones en situacions de violència, perquè aquestes perspectives respecten els drets de les dones, permeten encarar la complexitat i faciliten l'abordatge biopsicosocial i l'atenció singularitzada.
- ✓ Redacció del Model d'atenció a la salut de les dones que pateixen o han patit violència sexual, incorporant totes les formes i àmbits que estableix la nova legislació, vetllant per l'equitat en l'accés a l'atenció a la salut i introduint les demandes socials de les dones cada vegada més empoderades i amb requeriments més concrets.

7.2 Seguiment i avaluació

El seguiment i l'avaluació de la implementació del Model són eines necessàries per a la millora contínua, per mantenir viu el Model i per fer les esmenes i les correccions oportunes per reduir la bretxa entre el millor resultat possible (eficàcia) i el resultat aconseguit realment (efectivitat).

En el procés d'elaboració del Model s'hi ha introduït la seva avaluabletat tenint en compte els criteris d'utilitat, per saber si la informació obtinguda serà útil; de versemblança, per conèixer si el disseny de la intervenció és robust, i de viabilitat, per identificar si la futura avaluació serà factible (Activa Prospect, 2019/d).

Els indicadors seleccionats per al seguiment i l'avaluació dels objectius tàctics estan relacionats amb els recursos existents, l'ús, la utilitat i la coordinació, mentre

que per al seguiment i l'avaluació dels objectius d'impacte els indicadors seleccionats estan relacionats amb la recuperació i la millora de la salut, la detecció, l'abordatge biopsicosocial, l'adequació del tractament farmacològic i els indicadors d'accés i ús.

Per obtenir les dades per a l'estimació dels indicadors seleccionats, el Model preveu disposar d'una anàlisi de la situació basal 2021 elaborada a partir de la combinació de les dades disponibles en els registres i les estadístiques del Departament de Salut i d'una enquesta específica constituïda per tres qüestionaris dirigits a personal mèdic, personal d'infermeria i personal de treball social. La comparació de rèpliques posteriors amb aquesta anàlisi basal ha de permetre observar les diferències i inferir quina ha estat la transformació del SISCAT a conseqüència de la implementació del Model.

7.3 Recursos financers

Més enllà dels efectes que la violència masclista té sobre la salut de les dones, cal reconèixer l'impacte que representa sobre el conjunt de la societat. L'objectiu d'aquest apartat és mostrar els elevats costos socials i econòmics que té la inacció enfront de les violències masclistes i que els beneficis individuals, familiars i socials superen els costos de la implementació del Model en el SISCAT, i fixar el compromís polític del Departament de Salut de dotar de recursos financers al Model d'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles per permetre'n la implementació efectiva i contribuir, des de l'àmbit de la salut, a l'erradicació de les violències masclistes.

Els costos socials i econòmics de la violència masclista han estat poc estudiats, sigui per la manca de dades sobre la prevalença de les violències masclistes o bé per l'escassa prioritització en les polítiques públiques. L'European Institute for Gender Equality (EIGE) promou la quantificació de les violències masclistes per poder arribar a conèixer el cost de la inacció (EIGE, 2014). L'estudi de Walby i Olive (Walby, Olive, 2013) estima el cost de la inacció a la UE-20 en 228 milions d'euros l'any, valor que mostra el potencial benefici social de la implementació d'intervencions adequades per erradicar la violència masclista.

Tot i que la realització d'anàlisis dels costos que es deriven de la violència masclista és cada cop més comuna, en el nostre entorn encara són escasses i s'han dut a terme amb definicions i metodologies molt diverses i, en conseqüència, amb resultats dispars que n'impedeixen la comparació (Martínez *et al.*, 2004; Hernández *et al.*, 2006; Osakidetza, 2019). Més recentment, el 2016, el Ministeri de la Presidència, Relacions amb les Corts i Igualtat va publicar un ampli estudi on estima els costos econòmics arran de la violència de gènere a Espanya. Els resultats del càlcul dels costos tangibles i intangibles es desagreguen segons el col·lectiu (dones, familiars amics, sector públic, tercer sector, ocupadors i societat en general) i l'àmbit (laboral, sanitari, jurídic, situació econòmica, allotjament, ajuts socials i intangible) en qui recau. Els costos més elevats són els

intangibles que recauen especialment sobre les dones i, dins del sector públic, els costos legals són els més elevats, seguits dels sanitaris (Ministeri de la Presidència, Relacions amb les Corts i Igualtat, 2016).

A Catalunya, no s'han trobat estudis específics sobre els costos i els beneficis socials de les violències masclistes, per la qual cosa, com a part del Model s'han dut a terme dos estudis específics, un sobre l'estimació dels costos d'implementació del Model en el SISCAT i l'altre sobre els costos i els beneficis, des d'una perspectiva social, de la implementació del Model.

El primer estudi (Nieto, Solà-Morales, 2020/a) té per objecte quantificar el cost incremental que suposaria per al SISCAT la implementació del Model. Les despeses incrementals s'han distribuït en cinc tipologies: cost de prevenció, cost de detecció precoç (creació d'eines i formació), cost d'acompanyament sanitari a les víctimes, cost de recerca i cost d'estructura. Per calcular els costos s'han contrastat dues aproximacions diferents: una basada en la incidència publicada i l'altra basada en les necessitats, perquè extrapola a tot el territori el Model d'acord amb les experiències ja existents. En tots els casos, s'estima el nombre de professionals necessaris per prestar l'acompanyament a les dones. Per a cadascuna d'aquestes dues aproximacions s'han construït tres escenaris: un de mínims, que permet identificar gradualment les dones en situació de violència masclista; un escenari mitjà, que suposa la detecció de totes les situacions greus o molt greus de violència masclista, i un escenari de màxims, on les campanyes d'informació permeten arribar a un nombre més elevat de dones. Els resultats mostren que l'estimació del nombre de professionals és molt diferent entre les diverses aproximacions i escenaris, i que amb costos relativament assequibles és possible incrementar els recursos per millorar la detecció d'aquesta situació i l'acompanyament de les dones.

El segon estudi (Nieto, Solà-Morales, 2020/b) fa una aproximació al cost social des d'una doble vessant: en primer lloc, refà i actualitza càlculs que tenen en compte els costos tangibles i intangibles en diferents àmbits (laboral, sanitari, jurídic, situació econòmica, allotjament, ajuts socials, etc.) i, en segon lloc, a partir de les estimacions de l'impacte sobre el PIB referit a Catalunya. L'impacte social de la implementació del Model és la diferència entre el cost d'implementació i el seu benefici, i en ambdues aproximacions la magnitud del benefici supera amb escreix la inversió en qualsevol dels escenaris plantejats, sempre que es confirmi la millora de l'estat de salut de les dones i la repercussió d'aquesta millora en la normalització de la seva vida quotidiana.

8 Annex 1. Propostes d'actuacions per assolir els objectius

Taula 1. Actuacions proposades per assolir els objectius estratègics

Codi	Actuacions proposades per assolir els objectius estratègics
AE1	Incorporar la formació acadèmica de professionalització en l'atenció a la salut de continguts específics que confereixin capacitat en l'abordatge de la violència masclista.
AE2	Incorporar la formació acadèmica de professionalització en l'atenció a la salut de continguts específics que atorguin competència metodològica i conceptual en perspectiva de gènere.
AE3	Definir itineraris de reciclatge professional en relació amb l'abordatge de la violència masclista reconeguts formalment i requerits a tots els professionals que operen en l'àmbit de l'atenció a la salut.
AE4	Dissenyar una campanya de comunicació del Model que, d'una banda, incorpori els elements de la comunicació interna dins del sistema de salut per garantir l'accés i el coneixement del Model per part de tots els professionals i, de l'altra, situï les prioritats de la comunicació externa davant de la necessitat que les dones identifiquin quin és el paper que té la xarxa de salut en l'abordatge de la violència masclista.
AE5	Crear materials que permetin la comunicació ambiental: pòsters, tríptics, targetes, vídeos...
AE6	Crear una línia específica de suport a la recerca per identificar quins són els biaixos de gènere de la violència masclista, com a determinant social de la salut, que impacten en la salut de les dones i en el procés de detecció de la violència masclista.
AE7	Crear una línia específica de suport a la recerca per dimensionar l'impacte de la violència masclista en la salut dels fills i filles i identificar les necessitats de les quals el sistema sanitari ha de proveir-los en qualitat de subjectes de dret a l'atenció de la seva salut.
AE8	Crear una línia específica de suport a la recerca per dimensionar l'impacte interseccional en l'abordatge de la violència masclista i la formulació de programes específics en àrees prioritàries com la salut mental, la salut social, la salut sexual, la diversitat funcional, les addiccions, etc.
AE9	Crear una línia específica de suport a la recerca per assentar les bases per a la definició d'un model d'intervenció amb els homes agressors en l'àmbit de la salut.

Taula 2. Actuacions proposades per assolir els objectius tàctics

Codi	Actuacions proposades per assolir els objectius tàctics
AT1	Assignar una partida pressupostària específica al procés d'implementació del Model i identificar les despeses addicionals i les despeses estructurals que implicarà l'execució del Model.
AT2	Definir els àmbits competencials de cadascun dels agents que integren el sistema de salut, la concreció de l'àmbit funcional dels rols professionals i la concisió en els processos de derivació informada i responsable dins del sistema de salut.
AT3	Constituir formalment un grup de treball específic dins d'una unitat del Departament de Salut, definint-ne la composició dels àmbits d'expertesa i l'articulació territorial i funcional.
AT4	Definir un model d'atenció primària de la xarxa pública de salut que reconegui la persona i no la unitat familiar com a subjecte de relació dins la xarxa de salut.
AT5	Dissenyar el pla d'implementació del Model i definir les metodologies d'aplicabilitat i la proposta de temporització.
AT6	Diagnosticar la situació de la xarxa professional de salut en relació amb l'abordatge de la violència masclista mitjançant una enquesta d'avaluació dels obstacles i de les oportunitats per orientar un pla de treball específic respecte de les condicions en què els professionals del sistema de salut treballen en l'abordatge de la violència masclista.
AT7	Incorporar el sistema de salut als circuits territorials d'abordatge de la violència masclista i crear els circuits de coordinació de totes les unitats d'atenció a la salut per a un abordatge multidisciplinari de la violència masclista.
AT8	Cercar el consens administratiu respecte del procediment de derivació confirmada dins de la xarxa de salut i respecte dels circuits territorials per a l'abordatge de la violència masclista.
AT9	Promoure la incorporació de l'abordatge de la violència masclista dins dels codis deontològics de l'àmbit professional de la salut.
AT10	Promoure l'elaboració d'un procediment de denúncia professional d'acord amb la resolució de l'equip i no del professional que acompanya el procés d'atenció a la salut de la dona i la de les seves criatures. Col·laborar en el disseny i implementació de la denúncia corporativa com a protecció per als professionals.
AT11	Dissenyar i implementar un pla de formació departamental orientat a la professionalització en l'abordatge de la violència masclista.
AT12	Avaluar el nivell d'incorporació i implementació de la perspectiva de gènere als dissenys de les polítiques públiques de salut relacionades amb la violència masclista.
AT13	Dissenyar i implementar programes específics en àrees prioritàries com la salut mental, la salut sexual, la salut social, la diversitat funcional, el VIH, les addiccions..., des d'una perspectiva interseccional d'abordatge de la violència masclista.
AT14	Dissenyar una estratègia específica per a l'atenció a la salut dels fills i filles de les dones en situació de violència masclista.

Taula 3. Actuacions proposades per assolir els objectius d'impacte

Codi	Actuacions proposades per assolir els objectius d'impacte
Els professionals han de...	
AI1	Disposar de la informació actualitzada sobre recursos i/o innovacions en el sistema, mitjançant formació formal, reglada, suficient, continuada i compartida, amb els temps i els espais necessaris per seguir-la adequadament.
AI2	Disposar dels espais de supervisió dels professionals i dels equips com a instrument per tenir cura dels mateixos professionals de la salut i enfortir-ne la confiança i la seguretat.
AI3	Disposar de figures i equips de suport i acompanyament als professionals en l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista, amb adscripció específica (agenda i capacitació) a aquestes funcions, amb reconeixement de les seves competències, amb autoritat per activar els recursos (del mateix centre i d'altres centres d'atenció a la salut) i amb accés per la resta de professionals de la salut.
AI4	Disposar regularment d'espais d'intercanvi i avaluació per compartir experiències i bones pràctiques sobre l'adequació de les estructures, els processos, les xarxes, els recursos..., i aportar propostes de millora tant a l'atenció a les dones com al Model.
AI5	Disposar de flexibilitat en els horaris i les agendes per poder atendre les dones de manera curosa i singularitzada.
AI6	Disposar del coneixement de tots els recursos propis del sistema sanitari per acompanyar les dones en el procés de recuperació de la seva salut, procurant la vinculació amb l'àmbit de la salut, més enllà del professional que hagi realitzat la primera identificació.
AI7	Disposar del suport necessari en el moment en què, a iniciativa dels professionals, pel risc greu que la violència masclista pot tenir en la salut o la integritat vital de la dona, o a iniciativa de la dona, es volen iniciar procediments jurídics o legals, inclosa la interposició de la denúncia.
AI8	Disposar de tots els instruments per garantir en tot moment la confidencialitat de la dona, com a dret de la dona i com a eina per vincular-la al sistema de salut.
AI9	Disposar d'eines per facilitar la detecció, el seguiment i el coneixement de les violències masclistes mitjançant la història clínica compartida, on es declarin els símptomes i els diagnòstics vinculats a la violència masclista.
AI10	Utilitzar la plataforma conjunta del sistema de salut per normalitzar la col·laboració i la cooperació entre els diferents àmbits d'atenció.
AI11	Disposar d'espais formals d'intercanvi d'informació i coneixement entre unitats, àmbits i centres de salut amb relació a la salut de les dones en situació de violència masclista.

Les dones han de...	
AI12	Disposar d'una figura referent, amb formació reglada especialitzada, per a les dones perquè les acompanyi en el trànsit de la detecció dels efectes en la salut i en la xarxa de recursos que calgui o es puguin activar per a un procés de recuperació de la violència masclista.
AI13	Disposar d'espais confortables i amb privacitat en els centres de salut per poder ser ateses de manera curosa i segura.
AI14	Disposar d'informació sobre l'accés, la cartera de serveis i el tipus d'abordatge que el sistema de salut fa en l'atenció i l'acompanyament de les dones en situació de violència masclista.
AI15	Disposar d'elements facilitadors per trencar les barreres idiomàtiques, tant en l'atenció presencial com en els documents, els fullets, informació i cartelleria diversa.

9 Referències

9.1 Bibliogràfiques

Activa Prospect, Avaluació de necessitats del Model de prevenció, detecció, atenció i recuperació de la violència masclista a Catalunya (document de treball). Barcelona; 2019/a.

Activa Prospect, Avaluació de Disseny del Model de prevenció, detecció, atenció i recuperació de la violència masclista a Catalunya (document de treball). Barcelona; 2019/b.

Activa Prospect, Disseny de l'Avaluació d'Implementació del Model de prevenció, detecció, atenció i recuperació de la violència masclista a Catalunya (document de treball). Barcelona; 2019/c.

Activa Prospect. Avaluabilitat del Model de prevenció, detecció, atenció i recuperació de la violència masclista a Catalunya (document de treball). Barcelona; 2019/d.

Activa Prospect. Enquesta de base i assistència tècnica per al disseny de l'avaluació d'implementació del Model de prevenció, detecció, atenció i recuperació de la violència masclista a Catalunya (document de treball). Barcelona; 2020.

[AQUAS. Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Mirades complementàries \[Internet\]. Barcelona; 2020.](#)

Marta Benet M, Fuertes C, Martínez J, Valverde B. Disseny de l'eina de cribratge de les violències masclistes a atenció primària (document de treball). Barcelona; 2020.

[Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez V. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. Psicothema \[Internet\]. 4 d'abril de 2012; 24\(4\):548-554.](#)

[Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design \[Internet\]. Londres: Harvard University Press; 1979.](#)

[Grup de Violència de Gènere i Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària i Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere des de l'Atenció Primària de salut. \[Internet\]. Barcelona: CAMFiC; 2013.](#)

[Caron J. Una teoría ecológica para la intervención comunitaria: acceso y conservación de los recursos. Psychosocial Intervention \[Internet\]. 1996; 5\(14\):53-68.](#)

Creación Positiva. Recomanacions sobre el model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles (document de treball). Barcelona; 2020.

[Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya \[Internet\]. Barcelona: Departament de Salut; 2009.](#)

[Departament de Salut. Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere en la planificació en salut. Tercera edició \[Internet\]. Barcelona: Departament de Salut; 2020.](#)

[Donoso T, coord. Atenció integral a dones i fills i filles víctimes de violència masclista \[Internet\]. Palma: Fundació Bancària La Caixa; 2018.](#)

[European Institute for Gender Equality \(EIGE\). Estimating the costs of gender-based violence in the European Union \[Internet\]. Luxemburg; 2014.](#)

[García FA. Modelo ecológico / modelo integral de intervención en atención temprana. I Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias. Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid. Mesa Redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas \[Internet\]. Madrid; 2001.](#)

[Hernández MJ, Sanmartín J, Martínez P, Molina A. Costes de la Violencia de Género en la Relación de Parejas. Comunitat Valenciana, Serie Documentos 10, Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia \[Internet\]. 2006.](#)

[Hill Collins P, Bilge S. Interseccionalidad \[Internet\]. Ediciones Morata S. L; 2019.](#)

[Hirmas Adaury M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa \[Internet\]. RevPanam Salud Publica; 2013; 33\(3\):223–9.](#)

[Institut Català de les Dones. Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista. Generalitat de Catalunya; 2009.](#)

Martínez Martín MI, Marcos Sánchez A, Sánchez Galindo M, Villagómez Morales E, Sanjuán María, AM. Los costes sociales y económicos de la violencia contra las mujeres en Andalucía. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2004.

[Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. El impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016 \[Internet\]. Madrid; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2016.](#)

[Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Resolución de transferencias de la Secretaría de Estado de Igualdad para el desarrollo de nuevas o ampliadas competencias reservadas a entidades locales en el Pacto de Estado contra la violencia de género, para el ejercicio 2018 \[Internet\]. Madrid: Secretaría de Estado de Igualdad: 2018.](#)

[Olcese A. Buen gobierno, transparencia y ética en el sector público. Papeles de la Fundación, núm. 4 \[Internet\]. Fundación de Estudios Financieros: 2004.](#)

[Osakidetza. Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi \[Internet\]. Vitòria-Gasteiz: 2019.](#)

[Ribas Serra A. Millora de la governança del sector públic institucional de la Generalitat de Catalunya: la creació d'una unitat departamental de seguiment i avaluació \[Internet\]. Barcelona; Escola d'Administració Pública de Catalunya: 2020.](#)

[Orjuela López L, Perdices Antonio J; Plaza M; Tovar Belmar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. \[Internet\] Save de Children.](#)

Solà-Morales O, Nieto M. Anàlisi del cost econòmic anual del SISCAT per a l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i dels seus fills i filles a Catalunya (document de treball). Barcelona; 2020/a.

Solà-Morales O, Nieto M. Anàlisi dels costos i beneficis socials derivats de la implementació del Model d'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i dels seus fills i filles a Catalunya (document de treball). Barcelona; 2020/b.

[Tamaia Viure Sense Violència. La salut de les dones en situació de violència masclista: mirades amb cura. Identificació de necessitats per a l'abordatge curós de la salut de les dones en situació de violència masclista \[Internet\]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2019.](#)

[Vidal Estruel C, González Graell R. Suport per a la redacció de la versió definitiva del Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles \[Internet\]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020.](#)

[Walby S, Olive P. The European added value of a Directive on combatting violence against women, Annex 2, Economic aspects and legal perspectives for action at the European level \[Internet\]. Brussel·les; European Value Added Unit: 2013.](#)

[Walker LE. El síndrome de la mujer maltratada \[Internet\]. Ed. Desclée de Brower. Biblioteca de Psicología: 2012.](#)

[Zainab Ibrahim, Jayanthi KuruUtumpala, Jay Goulden. Counting the cost: the price society pays for violence against women \[Internet\]. Care International.](#)

9.2 Legislatives

[Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE: 313, de 29 de diciembre de 2004.](#)

[Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. DOGC: 5123, de 2 de maig de 2008. Text consolidat, de 13 de gener de 2021.](#)

[Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. DOGC: 5641, de 2 de juny de 2010.](#)

[Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. BOE: 137, de 6 de juny de 2014.](#)

[Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes. DOGC: 6919, de 23 de juliol de 2015.](#)

[Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència. BOE: 8222, de 23 de juliol de 2015.](#)

[Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència. BOE: 8470, de 29 de juliol de 2015.](#)

[Comitè CEDAW, 2017. Recomanació general núm. 35, sobre la violència per raó de gènere contra la dona, per la qual s'actualitza la Recomanació general núm. 19. CEDAW/C/GC/35.](#)

[Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. DOGC: 8303, de 24 de desembre de 2020](#)

9.3 Espais web

[Bones pràctiques en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 14 de desembre de 2020 \[consultat el 15 de gener de 2021\].](#)

[Determinantes sociales de la salud. OMS. 2012](#)

[Governança. Departament de Polítiques Digitals i Administració Pública, Generalitat de Catalunya. 18 d'octubre de 2017.](#)

Interseccionalitat. Ajuntament de Terrassa.

Model d'atenció a la salut de les dones en situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles. Departament de Salut

PINSAP. Identificació i mapes d'actius per promocionar la salut i el benestar. Departament de Salut, 2016; Generalitat de Catalunya.

Pla estratègic de polítiques d'igualtat de gènere del Govern de la Generalitat de Catalunya, 2019 2022. Institut Català de les Dones; Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2019.

[EIX 3. Prevenció i erradicació de les violències masclistes II](#). Programa d'intervenció integral contra la violència masclista. A: Pla estratègic de polítiques d'igualtat de gènere del Govern de la Generalitat de Catalunya, 2019 2022. Institut Català de les Dones; Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2019.