

**Suport per l'elaboració de
l'estratègia d'atenció a la
Salut de les Dones que
pateixen o han patit
Violència Sexual**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Sistema de
Salut de Catalunya

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Desembre, 2021

Autoria: Fundació Aroa

Núria Pociello Cayuela, Direcció i investigadora assistent

Alícia Valdés Lucas, Investigadora principal

Susana Rodríguez Pereiro, Investigadora assistent

Maite Cayuela Torrella, Investigadora assistent



Avís legal Aquesta obra està subjecte a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 3.0 de Creative Commons: En qualsevol explotació de l'obra autoritzada per la llicència caldrà reconèixer l'autoria, amb usos no comercials i sense obra derivada. La llicència completa es pot consultar

Activitat finançada a càrrec dels crèdits rebuts del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Igualdad.

Continguts:

Introducció.....	5
Metodologia, Fases d'elaboració i calendarització	9
Metodologia	9
Fases d'elaboració.	10
Les Violències Sexuals a la nostra societat.	11
Anàlisi del marc normatiu autonòmic, estatal i internacional en l'àmbit de la salut	15
Marc Normatiu Autonòmic	15
Marc Normatiu Estatal	17
Marc Normatiu Internacional.....	19
Buidatge de la revisió dels documents:	20
Documentació relativa al protocol i model del Departament de Salut.	20
<i>"Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya".</i> <i>Desembre 2009.</i>	20
<i>"Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya.</i> <i>Document operatiu de violència sexual" Desembre 2010.....</i>	25
<i>"Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències</i> <i>masclistes i la dels seus fills i filles" Gener 2021.</i>	28
<i>"Disseny De L'eina De Cribratge De Les Violències Masclistes A L'atenció Primària"</i> <i>Desembre 2021.</i>	33
<i>"El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa</i> <i>d'atenció primària" (Març 2019).....</i>	41
Documents de Bones Pràctiques.....	42
<i>Document "Incorporació de la mirada de gènere al model biopsicosocial d'atenció pública</i> <i>en la salut mental en una experiència de transferència transdisciplinària de coneixement</i> <i>entre universitat, l'àmbit professional i l'activisme"</i>	42
<i>Document "Espai Lila del CIAS. Detecció i atenció especialitzada de les violències</i> <i>masclistes i sexuals en població adolescent i jove"</i>	45
<i>Document "Guia d'autoajuda per a dones víctimes d'una agressió sexual recent: Un camí</i> <i>cap a la recuperació"</i>	47
<i>Document "Programa De Prevenció I Tractament De Les Seqüeles Psíquiques En Dones</i> <i>Víctimes D'una Agressió Sexual"</i>	49
Conclusions: Elements clau i propostes per l'abordatge integral de les Violències Sexuals.	50
Cap a quin document treballar?.....	50

1.	Aproximació i definició del fenomen.	53
a.	<i>Necessitat de desenvolupar un estudi qualitatiu i quantitatiu del fenomen de les violències sexuals a Catalunya.</i>	53
b.	<i>Definició del fenomen de les violències sexuals.</i>	55
2.	Normalització i Homogeneïtzació dels circuits.	58
3.	Desplaçament del focus de l'atenció sanitària.....	60
4.	Elements operatius concrets per implementar al Sistema de Salut.	62
a.	<i>Cribatge Universal</i>	62
b.	<i>Formació especialitzada.</i>	63
c.	<i>Acompanyament.</i>	66
d.	<i>Pla de contingència.</i>	67
e.	<i>Reforç del protocol en adolescents i dones grans.</i>	67
f.	<i>Perspectiva Psicosocial</i>	69
	Referències.	78
	Documents analitzats.	79
	Infografies	81

Introducció.

Les violències sexuals són un fenomen complex, no només a conseqüència de l'amplitud d'aquestes, sinó també a causa de l'arrelament de les mateixes dins d'un complex entramat de violències, sustentades pel sistema patriarcal. Així mateix, aquesta complexitat, respon també a la qüestió de quin lloc han d'ocupar les violències sexuals dins la lluita de les violències masclistes, i com ha de ser l'abordatge específic d'aquestes dins de protocols i legislacions més generals.

Com bé demostra l'absència d'una legislació i un marc propi per a les violències sexuals dins de la Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, les persones que han sofert violències sexuals es troben en un llim de serveis i organismes a nivell estatal que han hagut de ser regulats de manera autonòmica com s'ha dut a terme en 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. D'altra banda, la complexitat de l'abordatge de les violències sexuals no es redueix a una qüestió de normatives o marcs metodològics, sinó que també suposa un terreny clar, de debat per les corrents feministes, tal com s'ha pogut observar, en els debats teòrics sobre els conceptes de consentiment i cultura de la violació. En aquesta línia, volem posar en relleu la controvèrsia que ha suscitat el projecte de Llei 'Només Sí és Sí' en dotar un caràcter central a la noció de consentiment en la legislació contra les violències sexuals alhora que priva d'aquest dret a les treballadores sexuals.

Aquesta i altres controvèrsies fan patent la necessitat d'abordar el fenomen de les violències sexuals des d'una perspectiva interseccional que permeti i faciliti la comprensió d'aquestes, no com un fenomen aïllat, sinó com un fenomen que s'entrellaça amb altres tipus de violències com són l'econòmica, les LGTBIQfòbiques, les racistes, per raó d'edat, institucionals,... i que forma part d'aquesta violència estructural i sistèmica de les societats patriarcales.



En aquest sentit, aquest document marc treballa des de diferents mirades, que considerem essencials. La proposta, es planteja des d'un enfocament que integra diverses perspectives (feminista, interseccional, de cicle vital, de drets humans i de canvi de paradigma) per assegurar el plantejament d'accions transversals que responguin a la diversitat de les dones i dels impactes de la violència sexual en elles i els seus fills i filles.



FEMINISTA

Posant el focus a l'arrel estructural i sistèmica de les desigualtats i discriminacions de gènere que condueixen a la injustícia social i a la vulneració de drets de les dones, entenem la violència sexual com una forma de violència masclista que provoca afectacions greus en la salut de les dones i que en conseqüència requereix d'una mirada d'atenció integral per a la seva recuperació.

Aquesta perspectiva busca la transformació dels protocols d'actuació, identificant buits en l'atenció de les dones que han patit o pateixen violència sexual i que esdevenen limitacions i barreres pel garantiment d'un procés de recuperació integral en un marc de drets humans de les dones.



CICLE VITAL

Permet reconèixer i incorporar la diversitat de les dones, el ventall de factors de risc, formes i àmbits de les violències sexuals al llarg de tot el cicle vital i l'impacte diferencial per cada grup d'edat, evitant l'homogeneïtzació i posant en relleu, per exemple, elements imprescindibles com el grau de normalització o

cronificació de les violències sexuals viscudes o la cultura generacional.

La incorporació de l'enfocament de cicle vital és imprescindible per evitar biaixos i discriminacions en el garantiment de drets de les dones, alhora de plantejar les accions d'abordatge de les violències sexuals, on es pot, per exemple, definir mecanismes que abordin la limitació en l'accés de les dones en determinades etapes vitals o la invisibilització de la seva representació en el missatge o la imatge que es transmet en les campanyes de sensibilització.

DRETS HUMANS

S'incorpora l'enfocament de drets humans com a marc lògic indissoluble de la perspectiva feminista i de cicle vital. S'entén la violència sexual com a resultat de l'impacte estructural de les discriminacions i desigualtats per raó de gènere, essent clau la introducció del compliment dels Drets Humans d'acord amb el marc internacional i com a base del procés de desenvolupament humà per la justícia de gènere. Així mateix, el document marc contempla la reducció de les desigualtats i el compliment dels estàndards internacionals en matèria de drets humans i drets humans de les dones (CEDAW i Conveni d'Istanbul).

INTERSECCIONAL

L'anàlisi interseccional permet comprendre i visibilitzar com funcionen les diferents categories personals i socials de les dones, que es creuen i interrelacionen, donant lloc a diverses formes d'opressió, discriminació i a experiències úniques d'exclusió (K. Crenshaw, 1994; K. W. Crenshaw, 2006). Ens permet obrir la perspectiva d'anàlisi, per exemple, per identificar i resoldre la intersecció entre l'edatisme i el masclisme en l'impacte o abordatge de les violències sexuals.

Les dones no constitueixen un grup homogeni i les interseccions entre diferents eixos d'opressió que les travessen (nivell socioeducatiu, grau d'autonomia econòmica, racisme, capacitisme, LGTBI fòbia, aporofòbia,...) han d'estar al centre de l'abordatge de la violència sexual per tal de poder donar una resposta adequada en clau de garantiment de drets per a totes les dones (Epstein, Blake, & González, 2017).

CANVI PARADIGMA

Implica ampliar la mirada en l'abordatge de la violència sexual per contemplar, a banda de les proves medicoforenses, la diversitat de les dones i la dimensió holística de la salut, que ha de permetre incloure tots els àmbits de la vida i de la salut de les dones en els que la violència

sexual viscuda ha generat un impacte, directe o indirecte, des del dany físic, mental o emocional a l'afectació, per exemple, en la vida laboral o familiar.

En aquest sentit, l'elaboració de la proposta s'emmarcarà i alinearà amb 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, a Catalunya (2021) i el Pla Estratègic de polítiques d'igualtat de gènere del Govern de la Generalitat de Catalunya 2019-2022.

Metodologia, Fases d'elaboració i calendarització

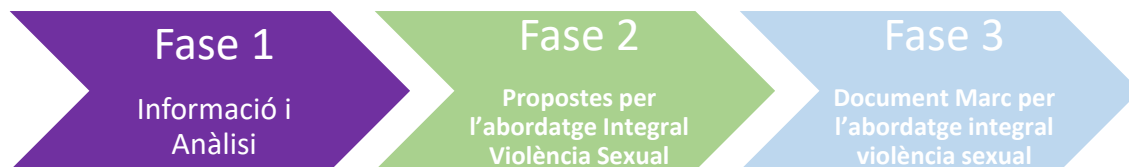
Metodología

El present document parteix de diferents paradigmes teòrics i metodologies feministes per buscar generar un coneixement horitzontal, compartit i basat en experiències professionals de les persones que realitzen aquest document.

Aquest document es construeix des de les bases de l'epistemologia feminista tan treballades per autores com Donna Haraway (1988), Sandra Harding (2003; 1991; S. G. Harding & Hintikka, 1983) i Diana Helena Maffía (2007). En aquest sentit, entenem que és necessari destacar alguns aspectes que fonamenten l'anàlisi.

- Tot es pot qüestionar des d'una mirada constructiva i de millora/ No hi ha veritats absolutes: aquest document parteix de la necessitat de qüestionar no sols els documents analitzats, sinó que entén que és necessari mantenir una actitud autorreflexiva, crítica i constant per evitar, en la manera del possible, caure en estereotips o violències. Aquesta necessitat es deu al fet que habitem una societat inherentment androcèntrica que no sols posa a l'home en el centre, sinó que conforma una intricada xarxa d'opressions i privilegis que suposen un sistema que col·loca a l'home al centre, però també suposen sistema d'opressió com el cisgenderisme, el capacitisme, la centralitat de l'urbà, el racisme, el classisme, entre altres (Valdés, 2019).
- Necessitat de processos col·laboratius i horitzontals: el procés d'elaboració d'aquest document compta amb la creació d'espais compartits de debat per a l'anàlisi i observació del treball realitzat.
- Transdisciplinarietat: l'equip que ha redactat aquest document prové tant del sector social, atenció i intervenció social, l'àmbit de la salut així com de la recerca. Aquesta transdisciplinarietat suposa un clar enriquiment dels processos col·lectius de creació de coneixement. Adaptant-se així a les recomanacions feministes epistemològiques.

Fases d'elaboració.



Fase 1: Informació i Anàlisi

- Marc legal autonòmic i internacional existent.
- Anàlisi documental: Protocols, plans estratègics i models d'abordatge de les violències masclistes i violències sexuals existents, elaborats pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i d'altres Departaments de la Generalitat de Catalunya.
- Cerca de recursos i bones pràctiques d'altres regions europees que puguin esdevenir una referència pel disseny del model.

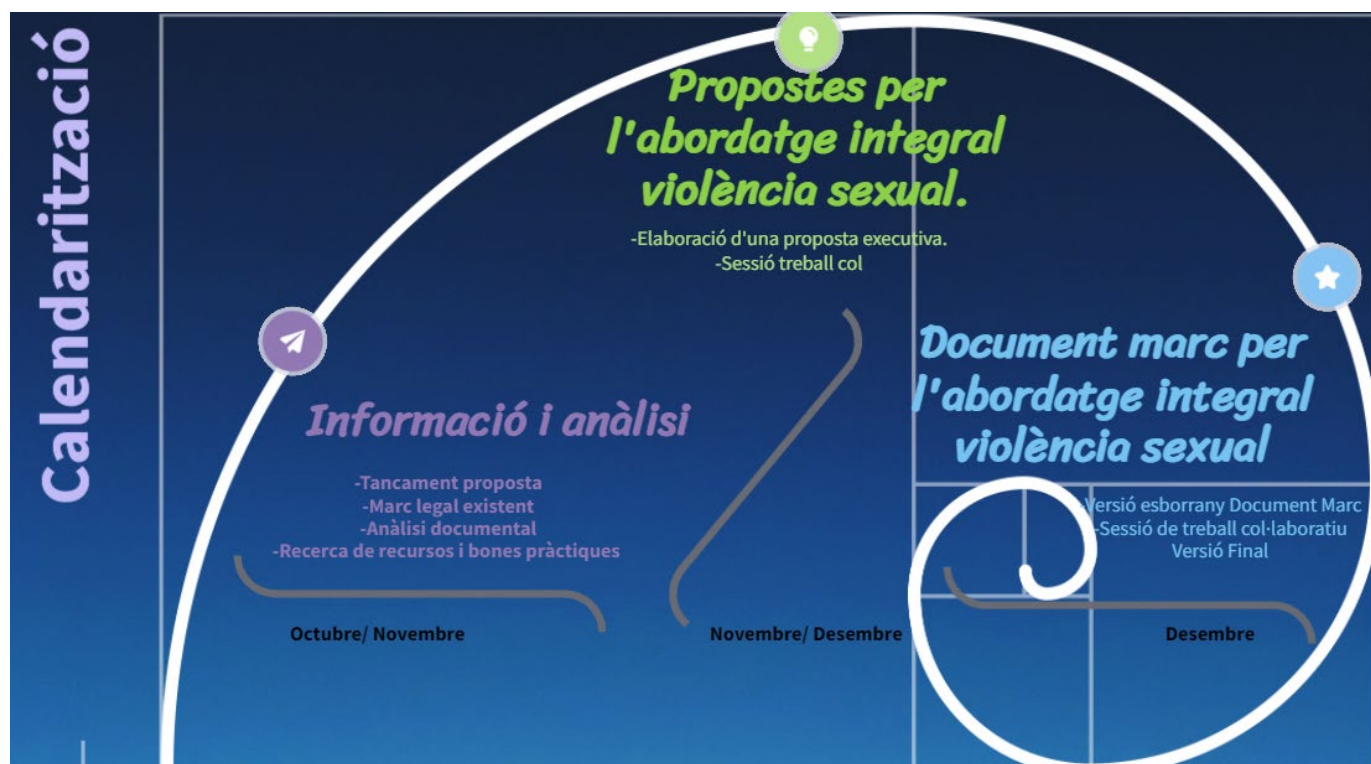
Fase 2: Propostes per l'abordatge Integral Violència Sexual

- Elaboració d'una proposta executiva de document base amb l'estructura i aportacions clau.
- Sessió de treball col·laboratiu per revisar i aterrar la proposta.

Fase 3: Document Marc per l'abordatge integral violència sexual

- Lliurament de la versió esborrany de "Document marc sobre actuacions obligatòries per a les institucions de l'àmbit de la Salut per tal de garantir els drets de les dones en situacions de violència sexual, en el seu abordatge i la seva recuperació."
- Sessió de treball col·laboratiu de revisió i incorporació d'aportacions finals al document.

-Lliurament de la versió definitiva.



Les Violències Sexuals a la nostra societat.

Abans d'embarcar-nos i aprofundir en l'anàlisi del marc vigent entorn l'atenció i abordatge integral de les violències sexuals en el sistema sanitari de Catalunya, entenem que és imprescindible realitzar una aproximació i contextualització de les violències sexuals de Catalunya

A l'hora de realitzar una aproximació a la realitat de les violències sexuals a Catalunya, principalment, cal destacar i tenir en compte la manca i absència de dades referent a aquest fenomen. En aquest sentit, hem de posar en relleu, que l'última enquesta sobre Violència Masclista a Catalunya, és de fa sis anys (2016), i manca de resultats disgregats i específics sobre violències sexuals, fet que comporta a la invisibilització d'aquest fenomen i corrobora de nou, que no existeix un abordatge específic.

Davant aquesta falta de dades, si observem la taula extreta del "Balance de Criminalidad del Tercer Trimestre de 2021" del Ministeri d'Interior, podem apreciar que els Delictes contra la llibertat i indemnitat sexual (DCLIS) ocupen el cinquè lloc dels indicadors de criminalitat més freqüents. No obstant això, creiem que és necessari destacar que les dades que reflecteix

aquesta taula no són per delictes, sinó per denúncies. És a dir, les dades reflectides representen un clar augment de les denúncies, però no és entenedora, a l'hora de poder fer una aproximació real del nombre de delictes. Per aquest motiu, en el mateix informe (Pg2), s'afirma que "También hay que destacar que el incremento de delitos contra la libertad e indemnidad sexual debe ponerse en relación con las activas políticas de concienciación social que han provocado una mayor disposición de las víctimas a denunciar estos delitos y a poner sus casos en manos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, reduciendo de esta forma los niveles de infradenuncia que pueden existir en estos tipos penales". Així mateix, hem de recordar que segons les enquestes de revictimització, només un 30% dels delictes acaben transformant-se en denúncia.

Fuerzas y Cuerpos de Seguridad		Enero-Septiembre 2019	Enero-Septiembre 2020	Enero-Septiembre 2021	% Variac. 21/19 Enero-Septiembre
Indicadores de criminalidad (EU) *	1. Homicidios dolosos y asesinatos consumados	249	232	206	-17,3
	2. Tentativa de homicidios dolosos y asesinatos	627	702	746	19,0
	3. Delitos graves y menos graves de lesiones y riña tumultuaria	15.080	12.340	14.310	-5,1
	4. Secuestro	71	56	73	2,8
	5. Delitos contra la libertad e indemnidad sexual	11.571	9.951	12.638	9,2
	5.1 Agresión sexual con penetración	1.405	1.226	1.601	14,0
	5.2 Resto de delitos contra la libertad e indemnidad sexual	10.166	8.725	11.037	8,6
	6. Robos con violencia o intimidación	48.272	34.466	37.467	-22,4
	7. Robos con fuerza en domicilios, establecimientos y otras instalaciones	105.064	79.880	75.448	-28,2
	7.1 Robos con fuerza en domicilios	72.231	54.513	54.310	-24,8
	8. Hurto	529.192	317.531	349.433	-34,0
	9. Sustracciones de vehículos	26.166	19.062	19.167	-26,7
	10. Tráfico de drogas	12.693	12.652	13.944	9,9
	Resto de infracciones penales	895.932	823.443	897.912	0,2
Total infracciones penales		1.644.917	1.310.315	1.421.344	-13,6

En relació a la informació relativa a les denúncies presentades a Catalunya, a "Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España" de 2019 podem observar que el territori amb més denúncies per DCLIS va ser Catalunya amb 3.034 denúncies, de les quals 2.222 provenien de l'àrea de la província de Barcelona. Algunes de les conclusions que podem treure d'aquest informe, és que a partir de l'any 2013 en endavant, hi ha un clar augment de denúncies per DCLIS, i de manera més significativa durant els anys 2018 i 2019.

Pensem que és essencial tenir en compte la **dimensió blended de les violències sexuals** que també queda reflectida en aquest informe. **Quan parlem de violències blended parlem de violències que tenen lloc tant a l'espai físic com en el virtual, utilitzar el terme blended i no virtual, és causat per la necessitat d'emfatitzar que aquests dos àmbits no estan separats entre si.** El document mostra un "llamativo el incremento de los abusos sexuales con penetración, en los que se han triplicado desde el año 2013 pasando de 386 a 1206 hechos conocidos en el año 2019" (51). A més, també apunta al increment desmesurat dels abusos sexuals amb penetració, els quals s'han triplicat des de l'any 2013 -2019 passant de 386 a 1206 casos registrats " (51).

Amb totes aquestes dades no es pot obviar **l'increment de denúncies vinculades a DCLIS realitzats per dues o més persones:**

Paralelo al crecimiento que vienen experimentando los delitos sexuales, se han incrementado cuantitativamente el número de hechos cometidos por dos o más responsables para las tipologías penales de agresiones sexuales y abusos sexuales (ambas con y sin penetración). A pesar de este incremento cuantitativo, en términos proporcionales (%), han visto reducida su importancia sobre el total de hechos conocidos de la misma catalogación penal. (52)

A més, per contextualitzar les violències sexuals a Catalunya, considerem clau analitzar el document "Estudio sobre la percepción social de la violencia sexual", redactat per la Delegación del Gobierno d'Espanya para la Violència de Género de 2018. Document clau, que ajuda a entendre la bretxa que existeix entre la realitat de les violències sexuals i la percepció d'aquestes.

Parlar de percepció suposa necessàriament parlar del context en el qual es percep. En el cas de les violències sexuals i de la seva percepció, és necessari situar la possibilitat que aquesta es genera des d'un context de cultura de la violació. En aquest sentit, **és clau parlar de com determinats mites vinculats a la cultura de la violació estan arrelats en la població i com aquest arrelament de l'imaginari propi de la cultura de la violació pot construir una fotografia sobre la tolerància entre la població cap a actituds que d'alguna forma poden justificar la violència sexual, culpabilitzar a la víctima, o eximir a l'agressor.** Per poder aproximar-nos a quina és aquesta percepció, si fem referència al document "Estudio sobre la percepción social de la violencia sexual" d'ara en endavant Estudi de Percepció) redactat per la Delegació del Govern espanyol per la violència de gènere i publicat en 2018. En el capítol 3, fa referència a l'acceptació de mites com "convidar a un home a prendre una copa a casa teva després d'un sopar suposa una incitació al sexe" entre la població. L'estudi sobre els mites conclou que:

El porcentaje de la población que tolera actitudes que de alguna forma pueden justificar la violencia sexual, culpabilizar a la víctima, o eximir al agresor es pequeño y son muchos más quienes rechazan todas estas actitudes. De todas formas, el rechazo o la tolerancia varían de forma sustancial en función del contenido e intensidad de cada afirmación (pg80)

És necessari afegir i emfatitzar el fet que el rebuig als mites és més gran, com més explícita és la relació del mite amb la violència sexual, mentre que hi ha menys rebuig a mites i afirmacions vinculades a formes més invisibles o implícites de violència. Això suposa que, si el rebuig a aquestes formes de violència és menor també serà més difícil denominar-les com a

violències sexuals produint-se així una invisibilització i naturalització de la violència. Això es relaciona necessàriament amb les dades oficials analitzades anteriorment perquè **entenem que són les formes de violència més explícita o física les que es tradueixen en denúncies, mentre les violències més invisibles o naturalitzades no queden reflectides en les dades.** Un altre dels elements claus que observem a l'Estudi de Percepció és que “Un elevado porcentaje de la población desconoce que la mayor parte de las agresiones sexuales son cometidas por hombres que la víctima conoce”(pg80). **Això suposa que, en molts casos, no es perceben com a violències sexuals aquelles que es donen en parella.** És a dir, que en molts casos s'invisibilitza la violència sexual en la parella perquè s'entén la necessitat de relacions sexuals en aquesta. En aquest sentit, destaquem que el delict de violació en el matrimoni no era considerat com a tal perquè s'entenia que la relació sexual era obligatòria en aquest marc relacional.

La percepció de la violència sexual estableix una relació estreta i constant amb el com es defineixen precisament les violències sexuals. En aquest sentit, és necessari ressaltar algunes de les conclusions del Document de Percepció entorn de les opinions de la població sobre si diferents formes de violència sexual són acceptables o inacceptables, així com si han de ser o no castigades per la llei sempre. Així com comportaments explícitament violents com donar alcohol o substàncies a una dona per poder mantenir relacions sexuals o forçar a la teva parella per a poder tenir-les són els comportaments que més rebuig generen, la veritat és que, com apunta l'Estudi de Percepció, “Cuando el comportamiento por el que se pregunta no abarca las relaciones sexuales, el porcentaje de quienes consideran que además de ser inaceptable debe estar penado por la ley disminuye”(pg103). Considerem que això es deu al fet que **la definició o imaginari més compartit a l'hora de parlar sobre violències sexuals gira entorn de la figura de la violació, mentre altres tipus de violències sexuals no són percebudes com a tal. Una de les raons d'aquesta no percepció tenen a veure amb el falocentrisme de la relació sexual en les nostres societats. És a dir, s'entén que la 'veritable' relació sexual és la que implica una penetració realitzada a través d'un penis. Aquest falocentrisme no sols suposa una exclusió de les realitats lesbianes i dissidents, sinó que a més suposa la invisibilització de violències sexuals que no posseeixen el component de la penetració.**

Finalment, ressaltar algunes conclusions del Document de Percepció que estableixen una relació directa amb la denúncia de les violències sexuals i la percepció d'aquesta violència. La majoria de les persones entrevistades consideren que les agressions sexuals gairebé mai es denuncien, i les raons més esmentades per les quals les dones que sofreixen una agressió sexual no denuncien al seu agressor són la por a l'agressor, la vergonya, que no et creguessin o pensar que és la teva culpa. La societat és conscient que les dades que tenim sobre violències sexuals són només la punta d'un iceberg profund i de gran magnitud. A més, es comparteix la idea que les denúncies no es realitzen precisament pels elements més característics de la cultura de la violació. **Així mateix, és d'especial rellevància destacar que hi ha una sobredimensió en relació a la percepció de les denúncies falses, ja que aquesta no coincideix amb la realitat. A més, és important ressaltar que, alhora que s'afirma que gairebé mai es denuncien les agressions**

sexuals i que això pot estar motivat per la por a que no et creguin, ahora, es qüestiona a les denunciants amb l'argument que moltes denúncies són falses.

En definitiva, el fenomen de les violències sexuals no compta amb una escala de mesures específic, fet que fa necessari la prioritat de realitzar estudis de tall quantitatiu i qualitatiu dirigits a dimensionar el fenomen a Catalunya. Com hem vist, aquests estudis no poden realitzar-se a través de dades sobre denúncies perquè són dades insuficients a l'hora de representar la realitat d'aquestes violències. Un altre dels elements a tenir en compte en estudis sobre violències sexuals és que existeix una percepció de les mateixes que condiciona i limita la definició que fem de violència sexual. És a dir, el com definim a les violències sexuals implica el si podem observar-les i definir-les com a tal. Entenem que un estudi sobre les mateixes ha de comptar amb perspectiva de gènere i ha de ser conscient que existeix un biaix i un context de cultura de la violació que implica que els mateixos estudis sobre les violències sexuals contemplin la complexitat de la capacitat de diagnòstic.

Anàlisi del marc normatiu autonòmic, estatal i internacional en l'àmbit de la salut

La definició d'un concepte o fenomen comporta necessàriament emmarcar aquest, limitant i delimitant així la diagnosi que pot fer-se des d'aquest marc i la intervenció i resultats d'aquesta. En aquest sentit, entenem que el mer fet de definir és un acte polític en si. És per això que, aquest document vol contribuir a establir una definició prou àmplia i concreta per poder garantir una bona diagnosi del problema sense excloure a cap persona. És per això també que entenem que les violències sexuals han de ser definides sobre la base del pensament feminista que suggereix la revisió constant de termes.

Per tal de poder desenvolupar una correcta anàlisi dels protocols i documents de treball per l'abordatge de les violències sexuals a Catalunya, és indispensable realitzar una anàlisi crítico-feminista del marc normatiu autonòmic, estatal i internacional que regula l'abordatge d'aquest fenomen des de l'àmbit de la salut i observar de quina manera es defineixen les violències masclistes. En aquest sentit, cal destacar i ressaltar les següents normatives, lleis i recomanacions.

Marc Normatiu Autonòmic

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. És una llei essencial a analitzar a l'hora de poder fer una avaluació del marc normatiu autonòmic respecte a l'abordatge de violències

sexuals a Catalunya. Aquesta llei estableix l'obligació de desenvolupar les accions necessàries per identificar i detectar les dones en situació de violència masclista i regula. A més, aquesta llei compta a la vegada amb un apartat específic vinculat a l'atenció que s'han de donar des del Sistema de Salut. Concretament al capítol 2, es refereix el dret a l'atenció i l'assistència sanitàries específiques.

Com ja apuntava el document "L'abordatge de les violències sexuals a Catalunya" desenvolupat en 2016 per Creación Positiva (d'ara endavant Document CP), podem observar clares deficiències i falta de concreció en l'abordatge de les violències sexuals que contempla aquesta llei, tot i que també afirma, que marca un horitzó positiu de canvi i representa l'avanç entorn de la lluita contra les violències sexuals a Catalunya.

A més, és essencial tenir en compte que molts dels aspectes positius i negatius presentats en el Document CP han quedat desactualitzats a causa dels grans canvis polítics, socials i culturals que han tingut lloc en els últims sis anys. **La repercussió social de casos com el de "la Manada" han fet palès les mancances d'un sistema que ha deixat de costat sistemàticament la lluita contra les violències sexuals per la necessitat, errònia, de resoldre primer les relacions de violència masclista dins de la parella o exparella.** Aquesta repercussió social té també els seus fruits en els constants intents en l'àmbit autonòmic i estatal d'introduir el paradigma del consentiment com a element central de la lluita contra la violència sexual. En aquest sentit, i tenint en compte els canvis que s'han produït en els anys posteriors a la publicació del Document CP, **entenem que alguns aspectes positius i negatius que caracteritzen el context de lluita contra les violències sexuals són els següents.**

Aspectes Positius	Aspectes Negatius
Canvi d'enfocament sobre què s'entén per violències sexuals i major conscienciació política i social sobre el problema que suposen.	"Manca definir/consensuar/implementar un model d'abordatge" (Document CP, pg 29)
Major consens sobre les mesures a prendre. Alguna cosa que ha quedat palesa en la crítica a la nova llei del 'Només sí és sí' que ha demostrat que l'única bretxa que presenta aquesta llei és l'abordatge sobre el treball sexual sense un debat públic obert previ.	"En general, no s'ha incorporat l'abordatge de la VS dins dels protocols i circuits territorials" (Document CP, pg 29)
L'horitzó que marca la Llei 5/2008, del 24 d'abril en la redacció donada per la Llei 17/2020, del 22 de desembre suposa un horitzó inclusiu, positiu i ampli per a oferir cobertura a una població extensa i a col·lectius tradicionalment expulsats dels mecanismes de protecció (col·lectiu trans).	"Poca especialització tècnica i desconeixement dels recursos existents" (Document CP, pg 29)

Encara que 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 és una llei molt més avançada i inclusiva en la seva definició i abordatge de les violències masclistes i sexuals que La Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, la veritat és que es troba amb un obstacle i limitació clara. Aquesta limitació prové del fet que **la Llei 5/2008 es troba condicionada pel que s'estableix en el Codi Penal Espanyol, una tipificació que, com ja hem vist, construeix i suposa un paradigma penal que justifica en molts casos determinades formes de violència sexual**. Amés, és important recalcar la manca de desenvolupament suficient del temes relatius a la interseccionalitat. Per exemple l'exclusió de les dones grans continuen fins i tot amb l'ampliació de les formes de violències masclistes reconegudes.

Una de les grans deficiències per a assegurar un abordatge igualitari i garantir els drets i la correcta atenció de les persones que han sofert violències sexuals és la falta d'homogeneïtzació i normalització dels protocols i circuits encarregats d'això. **En aquest sentit, cal destacar que segons la legislativa estatal actual, cada municipi pot generar el seu propi circuit i actuació davant les violències sexuals això suposa que l'abordatge de les mateixes es produeixi només quan hi hagi voluntat política. Aquesta voluntat política, al seu torn, no garanteix que els protocols i els circuits evitin revictimitzacions i violències institucionals ni garanteix la protecció dels drets sexuals i reproductius. Considerem que seria positiu establir un protocol i circuit únic que tingui en compte especificitats territorials i recursos materials.** Un altre dels aspectes positius a destacar, d'una possible homogeneïtzació i normalització dels protocols i circuits és que les persones agredides sexualment sabrien a quins serveis dirigir-se sense necessitat d'aprendre's els diferents circuits locals, fet que representaria una gran facilitat al moment que les persones agredides acudissin en busca d'ajuda especialitzada

Marc Normatiu Estatal

A més de l'observat en l'apartat de conceptualització i contextualització de les violències de gènere i sexuals, creiem que és necessari recalcar algunes dimensions més de l'abordatge de les violències sexuals en el marc normatiu estatal. En primer lloc, és necessari dirigir-nos a la Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere aquesta llei posseeix un apartat específic (article 15) que regula la responsabilitat estatal en l'àmbit sanitari en relació amb la detecció i l'abordatge. Entorn d'aquesta llei, calen destacar alguns aspectes negatius.

- Redueix la violència de gènere a aquella que té lloc en l'àmbit de la parella o l'exparella.
- Exclou de manera sistemàtica a les dones trans, persones no binàries i altres identitats dissidents.

- No garanteix serveis ni protecció específica de drets en casos de violència sexual.
- Invisibilitza la violència intra-gènere.

És a dir, en termes generals, aquesta llei es troba immersa en un paradigma heteronormatiu reproduint-lo en invisibilitzar determinades situacions com les comentades anteriorment. Igual que succeeix amb la llei catalana, la llei estatal es troba condicionada i limitada en l'àmbit de les violències sexuals per la tipificació de DCLIS en el Codi Penal Espanyol.

Cal fer una anàlisi crític feminista de la definició i tipificació dels delictes sexuals en el Codi Penal Espanyol, ja que aquesta definició jurídica ha condicionat i limitat l'abordatge de les violències sexuals en la nostra societat. En particular, entenem que la tipificació present en el Codi Penal Espanyol crea les bases per a la construcció de l'anomenada “cultura de la violació”.

La definició de cultura de la violació que utilitzarem al llarg d'aquest document—i que busca englobar elements comuns a diferents conceptualitzacions de la mateixa—serà la següent: conjunt de pràctiques, actituds i creences d'una societat que normalitzen la violència sexual. Aquesta normalització es dona mitjançant dues vies principals (Valdés, 2019).¹ D'una banda, es normalitzen les trobades sexuals sense consentiment, i, d'altra banda, s'entenen com a propis dels homes i es justifiquen les trobades sexuals en les quals s'hagi pogut exercir violència en alguns nivells. D'aquesta definició extraïem la següent afirmació: En aquelles societats on la cultura de la violació actua, el consentiment no és la condició *sine qua non* per mantenir relacions sexuals, sinó que serà el grau de violència amb el qual es realitzi l'acte el que determinarà en última instància si estem davant d'un delictes —abús o agressió— o no. Alguns dels indicadors que ens assenyalen la presència de cultura de la violació són:

- Culpabilització de la víctima: quan es qüestiona a una supervivent quin tipus de vestimenta portava, a quina hora havien ocorregut els fets o si havia begut Responsabilitzant així a la persona agredida de la seva pròpia agressió.
- Justificació i defensa de l'agressor: Apel·lacions al fet que la naturalesa masculina dels agressors els porta a cometre delictes sexuals o fins i tot a justificar aquests delictes com a mostres d'afecte dins de les relacions.
- Justificació de l'agressió en si: Quan es dona a entendre que les relacions sexuals sense consentiment no poden ser qualificades d'agressions sexuals si has besat a l'agressor, si l'agressor és la teva parella o si retires el consentiment en l'acte sexual.

El primer que crida l'atenció de la Llei orgànica 10/1995 del codi penal, la qual tipifica els DCLIS és la seva no inclusió dins de la llei 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de

¹ L'anàlisi de la relació entre el codi penal i la cultura de la violació prové de l'article “Cultura de la violación y legislación española. Análisis crítico-feminista” (Valdés, 2019)

Gènere (a partir d'ara Llei Integral). És a dir, la violència sexual no està reflectida com a violència masclista o de gènere. Entenem que aquesta exclusió funciona com un dels primers obstacles per a l'erradicació de la violència sexual. L'article 1.1 de la Llei Integral contextualitza la violència de gènere dins d'un sistema de desigualtat definint-la "[...] com a manifestació de la discriminació, la situació de desigualtat i les relacions de poder dels homes sobre les dones".

S'afirma en aquest primer article que existeix una desigualtat sistèmica que afecta les dones, és a dir, s'emmarca la Llei Integral en una societat patriarcal. Desigualtat que pot veure's catalitzada i potenciada quan s'estableixen relacions sexe-afectives de caràcter heterosexual (Valdés, 2017). Aquesta contextualització està absent dins del Títol VIII de la Llei 10/1995 en la qual es tipifiquen els DCLIS.

Trobem aquí una falta de perspectiva de gènere en els DCLIS les afectats dels quals són en la seva majoria menors d'edat i dones, és a dir, trobem una falta de perspectiva feminista en una qüestió inherentment vinculada al gènere. Aquesta falta de perspectiva de gènere suposa que la tipificació es trobi sustentada per elements masclistes que conformen la cultura de la violació.

Els capítols I i II articulen els delictes d'agressió sexual i abús sexual respectivament. L'element diferenciador entre el delictes d'agressió sexual i el d'abús sexual radica en l'ús de violència i intimidació. En l'agressió es fa ús, mentre que en l'abús no. Aquí podem observar una de les conseqüències de no emmarcar la llei dins del context d'una societat patriarcal on la cultura de la violació és present. Entenem que en un sistema patriarcal de desigualtat com el definit en la Llei Integral existeix un constant element d'intimidació per part de l'home. Per això entenem que la diferenciació que puguin fer els jutges a l'hora de catalogar un delictes com a abús o com a agressió respon únicament a valors subjectius que han de mesurar la violència amb la qual es comet el delictes.

Segons la definició que hem aportat al principi d'aquest apartat, la cultura de la violació no entén que la falta de consentiment per part de la víctima sigui la condició necessària per parlar de violació, és a dir, es justifica la violació perquè s'entén que l'element principal és la violència. Com podem observar, la legislació estatal es basa en el mateix principi, pel que es parlarà d'agressió sexual només en el cas que un jutge valori que s'exerceix violència i intimidació. Violència i intimidació que entenem és estructural i, per tant, és present en tot delictes.

Marc Normatiu Internacional

- 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”.

Buidatge de la revisió dels documents:

Documentació relativa al protocol i model del Departament de Salut.

“Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya”. Desembre 2009.

El Protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya data de l'any 2009, aquest desfasament temporal suposa un clar límit i obstacle a l'hora de repensar les violències sexuals i el seu encaix dins de les violències masclistes.

Un dels grans errors conceptuals d'aquest document és la mateixa definició de violències masclistes en la qual es basa. En reduir les violències masclistes a aquelles que tenen lloc dins de l'àmbit de la parella o exparella obtenim una definició reduccionista i simplista que no ens permet realitzar una quantificació real del fenomen ni ens dona la possibilitat d'acostar-nos a la realitat del problema, suposant així un obstacle i un límit per a la diagnosi del fenomen però també per a la intervenció sobre aquest. En aquest aspecte cal destacar com en la presentació del document s'afirma que, a Catalunya, només al voltant del 9% de les dones es veuen afectades per aquesta mena de violència, una quantitat molt a la baixa que no contempla la diversitat i complexitat de formes en les quals s'exerceixen les violències masclistes (institucionals, econòmiques, vicàries, lesbofòbiques, sexuals, entre altres) dins i fora de la parella. Explícitament, el Protocol admet que “La violència masclista que es pot manifestar en altres àmbits, com el laboral, el social o el comunitari, o la relacionada amb els principals factors

de risc, s'abordin en altres documents que s'estan elaborant i que complementin aquest, anomenats documents operatius”(Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 12).

Entenem que aquesta separació no és positiva, és a dir, no és una separació que emergeixi de la comprensió del subjecte dona com un subjecte heterogeni i divers que presenta diferents casuístiques, sinó que suposa la creació d'un estàndard de dona (en parella heterosexual i normativa) i la creació d'altres exclusions, no englobant així en la definició de violències masclistes a moltes formes de violència.

És per això que el mateix document té com a objectiu actuar "en l'àmbit de la parella i familiar" (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 15). No obstant això, el document fa referència a àmbits on es produeixen violències masclistes que no estan dins de la parella. En definitiva, el marc teòric es pot llegir com un marc una mica confús. Fins i tot en aquest àmbit desatén grups de dones com les grans, on les violències masclistas i les violències sexuals en concret estan fortament amagades i normalitzades socialment

Aquest document de treball es troba emmarcat en les definicions de violències masclistes que redueixen aquest fenomen a l'àmbit familiar i de la parella. A més, entén la dimensió estructural i sistèmica d'aquesta mena de violència en reconèixer l'existència i influència del sistema patriarcal, però no contempla el rol que les institucions poden jugar a l'hora de reproduir i enfortir aquests patrons mitjançant protocols i plans que provoquin revictimitzacions ni en assumir les mateixes violències masclistes que existeixen en el camp de la medicina a causa del biaix androcèntric d'aquesta. En la pàgina 20 es fa referència a dones que poden sofrir diferents tipus de violències, però no es treballa encara des del marc de la interseccionalitat pel que entenem que no es valoren les diferents dimensions com entrelaçades amb les violències masclistes sinó que s'entenen de manera aïllada, dificultant així un abordatge feminista en aquests casos.

El Protocol compta amb unes pautes per a l'actuació per part dels serveis sanitaris, aquesta actuació compta amb tres dimensions diferents: a) Prevenció, b) Detecció i c) Atenció i recuperació. Abans de passar a l'anàlisi d'aquestes, és necessari posar l'accent que el diagrama d'actuació per a serveis sanitaris se centra en la violència exercida contra les dones en l'àmbit de la parella, exparella o de la família (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 29)

Prevenció: Es fa èmfasi en la necessitat de dotar d'una formació amb perspectiva de gènere als i les futures professionals sanitàries, no obstant això, creiem que aquestes mesures no han estat implementades de manera suficient

- Detecció: En el document es recullen una sèrie de pautes i recomanacions per al desenvolupament d'entrevistes. El document advoca per la implementació del cribratge

universal, és a dir, desenvolupar de manera rutinària entrevistes amb les pacients on se'ls preguntí sobre la seva possible exposició davant violències masclistes per a facilitar la diagnosi així com per millorar la conscienciació cap a aquesta mena de violències. Dins les pautes que recull el Protocol, veiem necessari centrar-nos en els models de preguntes aportats per a les entrevistes clíniques quan es vegin signes de sospita de violència. En aquest sentit, trobem que hi ha determinades preguntes que no són adequades per a l'abordatge de les violències masclistes, entre les quals destaquem: “Les relacions de parella són de vegades violentes. Què passa quan teniu una baralla a casa? Com són aquestes baralles? Lluiteu de vegades físicament?”. Entenem que, si l'objectiu dels cribratges universals és precisament el que la gent prengui consciència sobre la importància del fenomen de les violències masclistes, no podem plantejar preguntes que naturalitzin o normalitzin la violència en la parella. No obstant això, valorem de manera positiva les Recomanacions per a l'entrevista clínica a la dona davant de sospita de violència, ja que parteixen del respecte a la decisió de la persona que sofreix la violència, així com fa èmfasi en la necessitat de no medicalitzar ni patologitzar l'estat d'una persona que està sofrint violència.

D'altra banda, valorem negativament i suggerim la **revisió dels Indicadors d'ajuda a la detecció, especialment els relatius als Antecedents conductuals de la dona. El llistat d'antecedents és problemàtic per dos motius principals. D'una banda, dibuixa a la dona que sofreix violència masclista mitjançant la imposició de comportaments socialment estigmatitzants com a antecedents conductuals, generant així un estereotip classista. D'altra banda, imposa el relat de com s'ha de comportar una dona després de situacions de violència, reproduint així un relat propi del patriarcat i de la narrativa del victimisme.**

A més, el document contempla de manera específica l'actuació que s'ha de dur a terme en casos d'agressió sexual. En aquest sentit, es defineix l'agressió sexual com a “l'ús de la violència física i sexual exercida contra les dones i les menors d'edat i que està determinada per l'ús premeditat del sexe com a arma per demostrar poder i abusar-ne” (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 42).

S'entén la violència sexual com una mena de violència masclista i s'entén també que aquesta té lloc tant a “l'àmbit social o comunitari com en l'àmbit de la parella i familiar” (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 42). El mateix document afirma l'especificitat d'aquestes violències i els hi dedica un apartat exclusiu alhora que recull la necessitat de “tenir un document operatiu propi d'abordatge d'aquesta qüestió” (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 42). No obstant això, queden fora totes les violències sexuals que no s'exerceixen físicament. És a dir, un atac d'ansietat reactiu derivat de la percepció d'una situació de perill imminent que pot estar reforçat per un trauma anterior, no és recollida com a violència sexual, igual que no recull com a efectes de la violència sexual el malestar psicològic

que pot produir-se mitjançant formes de violència sexual virtual (un exemple d'aquesta mena de violència serien els casos de *sexpredding* i una forma letal de la mateixa seria el suïcidi al qual han recorregut diferents persones que s'han vist en aquesta situació).

Considerem de manera positiva entendre l'especificitat de les violències sexuals, però entenem que la seva definició seria incompleta i que el document posi en relleu que les violències sexuals en la parella, encara que són més difícils de ser identificades i denunciades, també són un delictes.

Pel que fa a les pautes per a l'atenció que es proposen, valorem de manera molt positiva les següents:

- Creació d'un espai segur per a l'atenció i possibilitat d'acompanyament: "Cal propiciar un ambient que promogui la comunicació, la confidencialitat i tanta intimitat com sigui possible. Si la víctima així ho desitja, pot estar acompanyada d'alguna persona de Confiança" (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 42).
- Donar espai al relat propi sense caure en la realització de preguntes sobre detalls innecessaris: "No s'han de realitzar preguntes compromeses i només s'han de recollir les dades que la dona vulgui aportar" (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 42).
- Garantir l'autonomia de la persona agredida mitjançant la informació dels processos que es duran a terme: "Cal informar la dona de totes les exploracions que se li faran i de la finalitat que tenen, i comentar en tot moment què s'està fent" (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 42).
- Es contempla la possibilitat de revictimització i s'entén que ha de ser evitada mitjançant la simplificació de les avaluacions i situacions en les quals puguin donar-se violències institucionals "En aquesta qüestió resulta evident que cal reduir al màxim el nombre d'impactes psíquics que pugui patir la dona després de l'agressió. És per aquest motiu que no tan sols està justificat, sinó que és recomanable, que l'avaluació ginecològica i la medicoforense es realitzin en un sol acte, amb independència entre les actuacions sanitàries i les pericials, però intentant que no calguin nous reconeixements. En aquest sentit, i atès que no ens trobem davant de cap mena d'impediment legal o ètic –ans al contrari– perquè els reconeixements en casos d'agressions sexuals es realitzin de manera simultània i coordinada, és necessària la comunicació immediata a través del telèfon amb el jutjat de guàrdia corresponent, que ha d'acordar l'assistència del metge o la metgessa forense, o ha d'encomanar al o la professional de la salut que estigui de guàrdia la recollida de mostres d'interès legal" (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 42).

No obstant això, comprenem que el problema de la **revictimització** que pot patir la persona agredida no queda prou explícita en el document. **Entenem que per poder evitar aquest fenomen, és necessària la figura d'una acompanyant especialitzada en violències sexuals des**

de la perspectiva feminista que pugui encarregar-se de relatar el succeït a les i als professionals que hagin d'explorar o entrevistar l'agredida amb la finalitat que aquesta no hagi de passar per processos revictimitzants que suposin un trauma. La figura de l'acompanyant especialitzada també suposa la creació d'una figura que garanteixi el respecte dels drets de la persona agredida. És a dir, en comptar amb una professional de suport i acompanyament especialitzada es podran evitar les preguntes irrellevants i revictimitzants que poden tenir lloc en les exploracions així com en les entrevistes, d'aquesta manera, es genera una figura de protecció de drets alhora que s'ha de garantir la no infantilització de la persona agredida.

A continuació desenvoluparem alguns comentaris sobre el pla d'intervenció del protocol en violències sexuals.

En el cas d'Actuació a l'atenció primària o un altre dispositiu sanitari no hospitalari es contempla valorar "la necessitat de remetre a la víctima a un centre hospitalari, sense que hi hagi rentats ni canvis de roba. En cas de fel·lació, és important evitar, en la mesura que sigui possible, la presa de líquids o aliments abans del reconeixement de la víctima a l'hospital" (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009, p. 44). **Valorem que és necessari que aquesta derivació a hospital es faci amb un acompanyament adequat i feminista i amb els dispositius i eines del mateix sistema de salut.** Ja que, en diverses ocasions, hem viscut situacions en les quals les persones agredides havien de moure's d'una comarca a una altra, o d'una província a una altra sense cap mena d'ajuda per part del sistema de salut, dificultant així l'exploració de les persones agredides així com el procés de denúncia en cas que l'agredida vulgui dur-lo a terme. Entenem que el departament de salut ha de posar tots els seus mitjans a la disposició de les persones agredides per al seu trasllat i acompanyament. **A més, considerem imprescindible que hi hagi un desplaçament del focus d'atenció de la prova cap a l'agredida. És a dir, que no es prioritzi la consecució de proves al benestar de la persona agredida i el respecte de la seva voluntat.**

Pel que fa al registre d'informació en l'historial clínic "Transcriure els fets referits per la dona en relació amb l'agressió (data, lloc, hora, tipus d'agressió sexual) i els actes realitzats després de l'agressió i abans de l'exploració (rentat personal, presa d'aliments o medicació, etc.)." **Entenem que hauria d'haver-hi una referència directa a permetre relats inconnexos o incongruents per part de la persona agredida a causa en haver sofert una experiència traumàtica que pot haver afectat directament la capacitat de recordar determinats detalls de l'agressió.** És per això que hauria d'haver-hi un aclariment explícit sobre el fet que tenir dades com l'hora, el lloc i el tipus d'agressió no són condicions necessàries per a l'exploració mèdica. És a dir, s'ha de respectar el relat de la persona agredida i realitzar una escolta activa.

Entenem també que no hauria de ser necessari preguntar a la persona agredida sobre "Possible consum associat d'alcohol i altres drogues", ja que és un **relat vinculat a la cultura de la violació que suposa la responsabilització de la pròpia agredida sobre la seva agressió.** Creiem que el

que seria oportú és comentar amb la persona agredida la possibilitat de realitzar un examen forense toxicològic en cas que hi hagi sospita que es tracti d'un episodi de supressió química de la voluntat.

En definitiva, considerem que el marc de les violències masclistes al qual se situa aquest document queda desactualitzat pels avanços que s'han desenvolupat en matèria de protecció a dones i altres col·lectius en l'última dècada. D'una banda, **no hi ha una definició clara sobre què són les violències masclistes, la qual cosa suposa la creació d'un marc teòric ambigu que limita i condiciona el diagnòstic i també la intervenció.** D'altra banda, valorem positivament que es reconegui i es treballi sobre l'especificitat de les violències sexuals dins de les violències masclistes. No obstant això, com queda patent als comentaris sobre aquesta secció específica, entenem que l'abordatge i l'atenció de les violències sexuals és escàs i necessita un major aprofundiment.

Entre els elements clau a desenvolupar, observem:

- Elements per evitar la revictimització.
- Mesures concretes per a la creació de figures i protocols d'acompanyament no sols en una primera atenció, sinó també pel seguiment del cas.
- Necessitat de definir i englobar les violències sexuals que no són físiques i que també tenen un fort impacte en la salut.

A més, en el següent apartat analitzarem en profunditat el Document Operatiu de Violència Sexual que deriva d'aquest protocol i emfatitzarem les violències institucionals que es donen tant en la entrevista clínica com en l'acollida per a les que aquest protocol posa les bases.

"Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de violència sexual" Desembre 2010.

El "Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de violència sexual" (a partir d'ara Document Operatiu) és el document operatiu específic que es deriva del protocol analitzat en l'apartat anterior. És per això que entenem que algunes de les mancances del protocol que hem assenyalat anteriorment seran també observables en el document operatiu.

En aquest sentit, el primer element en el qual hem de posar l'atenció per desenvolupar l'anàlisi és precisament la definició que el Document Operatiu utilitza. El Document Operatiu parteix de la definició de Violències Sexuals aportada per l'Organització Mundial de la Salut en 2002 i 2003.

Entenem que, encara que fa referència al fet que la violència sexual té lloc dins i fora de la parella i que no tota la violència sexual pot ser reduïda a agressió sexual, sinó que existeixen altres manifestacions de la mateixa com l'assetjament i l'abús, trobem que el marc teòric i la manera en la qual es defineixen les violències sexuals és massa bàsic i no està desenvolupat de la manera en la qual hauria. Aquesta falta de concreció a l'hora de definir es pot veure en l'absència de definició de conceptes com a abús o assetjament, la falta de definició creiem que deixa fora moltes de les formes de violència sexual que poden produir danys molt importants en la salut. Valorem com a molt necessària una redefinició més inclusiva i exhaustiva.

Per evitar biaixos i prejudicis en la detecció de violències sexuals, el document inclou una taula que busca desmuntar diferents mites amb l'objectiu que el personal sanitari pugui percebre sense resignificar. És a dir, cerca educar i desmuntar mites per assegurar una bona predisposició del personal a l'hora de la detecció. No obstant això, **trobem diversos elements que entenem suposen formes de violència institucional en diversos apartats vinculats a l'entrevista clínica, així com en l'acollida.** A continuació desglossem determinats aspectes de tots dos elements que trobem problemàtics i que caldria canviar de manera immediata:

- L'entrevista clínica plantejada al model suposa un tipus de violència institucional clara. Això es deu principalment al fet que la mateixa entrevista suposa diferents moments de revictimització i reproduïx diferents elements propis de la cultura de la violació. És a dir, culpabilitza a la persona agredida i genera un espai en el qual la responsabilitza de la seva pròpia agressió caient en estereotips gastats sobre les causes i efectes d'una agressió sexual. En aquest sentit, d'entre la "informació rellevant que cal recollir" a l'entrevista, **destaquem de nou que els antecedents que s'estipulen com a possibles indicadors de violència sexual exerceixen violència institucional sobre les dones en establir un estereotip sobre el perfil de persona que sofreix violències sexuals, així mateix, entenem que no existeixen 'antecedents' en una persona que sofreix violència sexual.** Qualsevol persona pot sofrir aquest tipus de violència i no és el comportament de la persona agredida el que defineix la seva possibilitat de ser agredida, sinó que és el comportament de l'agressor el que defineix si algú pot agredir.
- Entenem també que no es respecta la voluntat ni el dret a l'autonomia de la persona agredida quan s'estableix que "Els professionals de la salut han d'adequar les intervencions al qual la dona estigui disposada a assumir, a excepció del fet d'emplenar el comunicat judicial, atès que és obligatori" la qual cosa suposa una intervenció judicial que vulnera el dret a la persona agredida a començar un procés judicial. Així mateix, en l'apartat informatiu relatiu a la necessitat de notificació al jutjat de guàrdia entenem que no s'especifica què és una persona desvalguda o incapaç, la qual cosa deixa a la mercè del servei sanitari començar el procediment judicial o no. De la mateixa manera, **encara que en tot moment es diu que la voluntat de denunciar o no, ha de ser**

respectada, tots els processos de comunicació amb el jutjat suposen la imposició de pressió sobre la persona agredida perquè segueixi endavant amb un procés judicial que comença el mateix hospital. Entenem que això suposa una violència institucional que coarta el dret de la persona agredida a decidir sobre el procés de denúncia.

- Un altre dels punts que considerem erronis té a veure amb l'avaluació psicològica. L'informe diu que "Aquesta avaluació té com a objectiu determinar la capacitat de la dona per assumir les intervencions posteriors, i marcar el temps i el tipus d'intervenció necessària" pg12. No obstant això, en la pàgina 22, en l'annex específic d'aquesta valoració psicològica s'especifica que "L'exploració de l'estat emocional ha d'incloure's obligatòriament en una avaluació global de la dona agredida i la pot fer de qualsevol professional sanitari." **Entenem que no pot haver-hi una valoració psicològica correcta de la persona agredida si no es realitza per personal especialitzat, no sols en psicologia, sinó també en perspectiva de gènere. D'aquesta manera, la valoració psicològica suposa també un tipus de violència institucional que pot suposar un altre tipus de violència institucional mitjançant la revictimització.** En aquest sentit, trobem que el "Qüestionari bàsic de símptomes emocionals en relació amb la violència sexual" no només és bàsic, sinó que és essencialista i determinista en establir només quatre criteris de salut psicològica (síntomes de pànic, posttraumàtics, depressius i dissociatius). **Un altre dels grans problemes dins de la valoració psicològica és la de començar un tractament farmacològic abans de realitzar la consulta a psiquiatria o psicologia en cas que alguns dels símptomes siguin notables.** En aquest sentit, es recomana començar un tractament de benzodiazepines, les quals, entenem, suposen una alteració de la voluntat i de la consciència de la persona agredida durant el desenvolupament dels seus exàmens. Alguna cosa que a més xoca amb els principis establerts en el protocol, que indiquen que no s'han d'establir tractaments farmacològics d'índole psicològica en situacions de violència masclista. **Així mateix, entenem que el mesurament del risc de suïcidi no ha de valorar-se en un moment d'estrès i de trauma com el que suposa un procés d'avaluació violenta com al que fem front, i que la solució davant aquest risc de suïcidi no pot ser solucionat mitjançant la institucionalització psiquiàtrica de la persona agredida. L'acompanyament psicològic durant l'ingrés ha de ser garantit en totes les fases descrites en el Document Operatiu per salvaguardar la integritat psicològica de la persona agredida.**
- En relació amb el **trasllat** de la persona agredida a altres localitzacions de serveis sanitaris, entenem que els mitjans han de ser posats sempre pel departament de salut. **No sols els mitjans materials han de ser garantits, sinó també un acompanyament especialitzat.**

- Referent a l'acollida, entenem que, de nou, i com s'ha recalcat en l'anàlisi del document anterior, **es prioritza de manera constant la recollida de proves al benestar de la persona agredida** "No manipular, ni explorar la dona, per tal de no perdre proves biològiques" Pg13. Entenem que això es deu a la prioritització de la denúncia que podem observar en tot moment en el Document Operatiu. **El criteri que ha de marcar la intervenció sempre ha de ser el benestar de la persona agredida, no la consecució de proves per a un procés de denúncia que pot no tenir lloc.**
- Quant a l'annex 3, el que introdueix els indicadors per a la valoració del risc social, entenem que els indicadors relatius a les característiques de les dones que han sofert una situació de violència sexual són reduccionistes i creen un model estereotipat que limita poder diagnosticar i percebre situacions de violència sexual. Quant al referent a les característiques dels homes que exerceixen violència sexual, trobem que també es genera un estereotip que dibuixa a l'home que agredeix com una espècie de monstre. **Entenem també que suposar que tenir problemes de salut mental és un indicatiu de poder ser un agressor continua un relat capacitista i neuronormativo que suposa un altre tipus de violència institucional sobre persones neurodivergentes.**
- Un altre dels elements problemàtics que trobem és la informació referida en l'annex quatre on es troben les codificacions de diagnòstics mèdics. **Entenem que no és recomanable parlar de diagnòstics mèdics en casos de violència sexual, ja que no són malalties.**
- Finalment, l'annex 5 que fa referència al model de mapa anatòmic suposa una vulneració de la llei 11/2014 en entendre el cos de la dona només com el cos de la dona cis, deixant de costat al col·lectiu trans, no binari i intersexual, produint-se de nou un altre tipus de violència institucional.

En termes generals i a manera de resum, trobem que el document operatiu no sols està desfasat en el que té a veure amb qüestions teòriques i de definició, sinó que dibuixa unes pautes per a la intervenció que produeixen violències institucionals constants.

“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” Gener 2021.

El document “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” (endavant Model) no és un document específic per a l'abordatge de les violències sexuals, sinó un document més generalista sobre com s'ha d'atendre les persones que hagin viscut o visquin situacions de

violències masclistes a través dels seus cossos o a través dels seus fills i/o filles. El Model va ser publicat en Gener de 2021 i demostra un gran avanç conceptual en el camp de les violències masclistes com pot observar-se en la manera en la qual el model introdueix les violències institucionals com a part de les violències masclistes, seguint així el nou marc dictat en la revisió de la Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008 on s'introdueixen les mateixes. **Entenem que el Model ve a actualitzar el que s'estableix en el Protocol analitzat anteriorment. És per això que considerem que hi ha hagut una progressió molt positiva dins del Departament de Salut sobre les diferents dimensions del fenomen de les violències masclistes. En aquest sentit, cal destacar el gran esforç de reconceptualització i de treball teòric quant a les violències masclistes que veiem en el Model.**

El marc teòric i la conceptualització de les violències masclistes que trobem en aquest document denota un clar compromís cap a l'erradicació de les violències masclistes des d'una perspectiva feminista, així com una maduresa teòrica i metodològica que trenca per complet amb molts dels documents de dècades passades. Considerem que el document representa un gran avanç quant a la conceptualització de les violències masclistes, entenent les mateixes com una de les maneres en les quals es reproduïx la lògica patriarcal. **Valorem de manera molt positiva també la integració d'estratègies de cura del personal mèdic així com la explicitació del biaix androcèntric en la medicina com a estratègies per visibilitzar la necessitat d'una revisió integral i transversal feminista del propi sistema de salut.**

Així mateix, el document engloba les violències masclistes des d'una òptica holística i àmplia que permet parlar de noves formes de violències com les digitals: "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). Al seu torn, demostra un **clar compromís interseccional englobant per fi al col·lectiu trans***: "El Model està adreçat a les dones, incloses els nens i els adolescents i, també, les dones, els nens i els 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". **En definitiva, i prenent com a document anterior el Protocol analitzat en la secció anterior, entenem que hi ha hagut un avanç considerable i substancial en la definició de les violències sexuals que ens permet fer un diagnòstic i una intervenció més integral i incloent nous subjectes en el sistema de protecció.**

No obstant això, dins d'aquest model, observem dues mancances clares. D'una banda, es parla de la necessitat d'aplicar una mirada interseccional per al correcte abordatge i acostament a totes les violències masclistes **però no es treballen o presenten recomanacions o pautes de**

seguiment vinculades a casuístiques interseccionals on ens trobem diferents tipus de violències masclistes i no masclistes actuant alhora. D'altra banda, no s'especifiquen mecanismes propis per a l'abordatge de les violències sexuals. La qual cosa suposa que el model vigent d'atenció i actuació davant casos de violències sexuals és el que hem analitzat anteriorment i en el qual observem elements que constitueixen violències institucionals així com elements propis de la cultura de la violació. No obstant això, entenem que el Model és l'inici d'una nova fase de treball que permetrà la creació de documents propis i específics per a l'abordatge i atenció de les violències sexuals en el Departament de Salut. Respecte a això, assenyallem que **el Model, si és aplicat de manera correcta i seguint els documents de bones pràctiques que analitzarem en la següent secció, pot suposar un canvi cap a un paradigma feminista que permeti l'actuació integral contra les violències sexuals des de l'àmbit de la salut.**

A més, valorem positivament tant les Actuacions Estratègiques com les Actuacions Tàctiques presentades en el document, ja que entenem que la correcta aplicació i desenvolupament de les mateixes possibilitarien la creació d'un marc d'atenció i abordatge integral de les violències sexuals.

Així mateix, entenem que l'actitud d'autocrítica del propi document permet dibuixar i planificar un horitzó que, com assenjala el propi document, no pot únicament centrar el focus en les persones agredides, sinó que ha de, necessàriament, abastar també l'abordatge amb els agressors i amb la infància l'adolescència que es trobin en situacions de violència masclista. D'aquesta manera, trobem que el document s'adapta a la necessitat de **crear un marc que no victimitzi ni faci responsables a les persones agredides de la solució per a erradicar les violències sexuals.** D'altra banda, apuntem que seria convenient revisar l'ús de la paraula 'víctima' a l'hora de referir-se a persones que pateixen o han patit violències sexuals per evitar la designació de la identitat a través de les violències masclistes i trencar amb el discurs victimista que ha estat imposat i reforçat per diversos organismes i normatives durant les últimes dècades.

A més, en el procés d'elaboració del Model, observem que s'han introduït les estratègies pròpies de l'epistemologia feminista que advoquen per la introducció de metodologies participatives i horitzontals en les quals es fomenta i valora el treball realitzat des d'associacions del tercer sector així com del propi moviment feminista. En la revisió i comparació del text final del Model i del text del 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" observem una grata i clara col·laboració i introducció de les peticions d'expertes i d'activistes vinculades a la lluita per l'erradicació de les violències sexuals a Catalunya. **Aquesta sinergia es pot observar en el profund i inclusiu enfocament teòric feminista del qual gaudeix el Model.** En definitiva, entenem que el Model representa:

- Un clar avanç en les definicions i conceptualitzacions de les violències masclistes així com una perspectiva interseccional, inclusiva i feminista coherent respecte les necessitats del problema exposat.
- Un marc molt més ampli per a la capacitat de diagnòstic i intervenció.
- Una clara millora del protocol de 2009 fent així enfront del compromís que el Departament de Salut té respecte a l'erradicació de les violències masclistes.
- Encara que no es desenvolupin les pautes específiques per a l'atenció i abordatge de les violències sexuals, entenem que el Model és un text que permetrà l'articulació d'eines i organismes feministes d'erradicació, atenció i lluita de les violències sexuals.

Finalment, i després d'haver revisat el document "Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere en la planificació en salut" (d'ara endavant Guia) de juliol de 2020, entenem que el Model ha sabut integrar les recomanacions derivades de la Guia mitjançant la introducció transversal feminista en el departament de Salut. Entre les quals cal destacar el compromís per erradicar les desigualtats de gènere dins del sistema de salut, reconèixer el biaix androcèntric de la medicina que suposa un gran obstacle per a la intervenció igualitària, la introducció de la perspectiva interseccional a l'hora d'afavorir una atenció inclusiva i la generació de mecanismes que permetin als serveis sanitaris oferir una atenció digna. No obstant això, creiem que el Model hauria d'haver recollit la següent idea present en la Guia com a horitzó d'actuació: "En general, la Guia presenta la informació de forma binària (homes i dones), però a l'hora de definir les categories de les variables sexe i gènere se supera el paradigma binari. És una limitació del document, però la utilització de la Guia farà efectiva una recollida de dades, tal com indica el quadre de la pàgina 19, que permetrà en un futur no gaire llunyà tenir informació desagregada de forma no binària" Pg 6. Entenem que per poder garantir un sistema no binari que reproduïxi violències institucionals sobre identitats no binàries i cossos intersexuals, és de vital importància emfatitzar en futurs documents, protocols i guies la idea que el gènere en si és una violència i que el sistema binari és també l'arrel de violències en l'àmbit de la salut com ja ha estat denunciat per col·lectius intersexuals que fa dècades denuncien pràctiques com l'esterilització o les cirurgies invasives en bebès.

Més enllà de l'anàlisi dels documents previs a la creació del Model i de l'anàlisi dels elements relatius a les violències sexuals del Model, ens sembla de vital importància incloure també algunes idees que són presents en altres anàlisis que companyes de diferents organismes han elaborat entorn del document del Model. Aquesta introducció de lectures alienes i compartides es deu principalment a dos motius. El primer és que, des de la metodologia feminista en la qual descansa la nostra anàlisi entenem que és de vital importància sumar anàlisi i lectures i reconèixer i dignificar el treball que es realitza des de la perspectiva feminista. Aquesta idea és clau per a no atomitzar i individualitzar el coneixement, el qual ha de ser compartit. D'altra banda, el segon motiu respon al fet que la lectura i anàlisi que ens proposem des d'aquest document se centra en la violència sexual, però creiem que és necessari englobar alguns aspectes vinculats a les violències masclistes que ja han estat treballats per altres companyes.

En aquest sentit, cal destacar el document "Avaluació del Protocol per a l'Abordatge de la Violència Masclista en l'Àmbit de la Salut a Catalunya" (d'ara endavant Document AQuAS) elaborat per les companyes d'AQuAS y 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" (d'ara endavant Document Tamaia) elaborat per les companyes de Tamaia. En aquest sentit, destaquem les següents mesures que poden ser d'aplicació directa per l'abordatge integral de les violències sexuals:

- Seguint el Document AQuAS estem d'acord que **és necessari realitzar un informe quantitatiu i qualitatiu de les violències sexuals a Catalunya. Entenem que és clau comptar amb una aproximació a la magnitud del problema per poder fer un abordatge correcte.** Volem destacar que les estadístiques entorn de les denúncies per violència sexual no són suficients. Com a mostra d'això trobem les dades de les enquestes de revictimització (aquelles que avaluen no les denúncies, sinó les agressions sofertes), a les quals es manifesta l'existència d'un profund obscurantisme sobre les xifres reals d'agressions sexuals. Això es deu, en part, al gran estigma que opera sobre les persones que han sofert agressió. En una societat inundada per la cultura de la violació que culpa sistemàticament a la persona agredida i que la victimitza, és molt poc probable que les persones enquestades responguin de manera verídica a causa de l'estigmatització.
- Seguint també el Document AQuAS, entenem que és crucial **tenir en compte la bretxa de drets que suposen les desigualtats entre els territoris urbans i rurals. En aquest sentit, com ja recalquen diverses associacions que advoquen per la defensa dels drets sexuals i reproductius, les persones que viuen en nuclis rurals de poca població sofreixen major estigma i violació dels seus drets sexuals i reproductius.** Això queda patent a l'hora d'haver de denunciar una agressió comentada per part d'un veí que pot tenir relació amb el personal sanitari que atén l'agredida. Un altre de les dimensions on s'observa aquesta violació de drets sexuals i reproductius és precisament la dificultat a l'hora de realitzar interrupcions voluntàries de l'embaràs.
- Compartim també les propostes de millora presentades en el Document AQuAS entre les quals cal destacar: a) millorar les propostes de prevenció, afegim aquí la necessitat de crear **formacions obligatòries entorn de la salut sexual i la violència sexual des de l'enfocament dels drets sexuals i reproductius;** b) millorar la detecció mitjançant Serveis de traducció i mediació cultural, afegim aquí que això ha d'implementar-se mitjançant la **contractació de professionals dels àmbit sanitari i sociosanitari de diferents cultures que puguin no sols ajudar en la detecció, sinó també garantir un acompanyament responsable, empàtic i pròxim durant totes les fases del protocol de violències sexuals en el servei sanitari;** c) quant a l'atenció i recuperació, considerem

clau la **generació d'espais de recuperació compartida entre persones que han sofert violències sexuals, afegim aquí que seria de vital importància que aquests espais comptessin amb personal psicològic especialitzat.**

- En relació amb el Document Tamaia, entenem que és d'especial rellevància per a les violències sexuals incloure el paradigma de la culpa tal com fan les companyes en el seu document. En aquest sentit, i tornant al paradigma de la cultura de la violació, els serveis sanitaris han d'entendre l'efecte que suposa la culpa i la vergonya per a les persones que han estat agredides sexualment. **Per poder desenvolupar i implementar protocols i guies d'actuació que evitin les violències institucionals i les revictimitzacions, és necessari tenir en compte que els processos i eines no poden generar més càrrega de culpa sobre les persones agredides. En aquest sentit, entenem que emfatitzar la càrrega de la culpa comporta, necessàriament, a treballar de manera holística i integral la salut mental (psicològica) i emocionalde les persones agredides.**

- Seguint també el document de Tamaia, entenem que és vital posar en relleu les conseqüències que pot arribar a tenir sobre la salut la violència sexual, tant en l'àmbit físic (desenvolupament de malalties com l'endometriosis) com en l'àmbit psicològic (trastorns d'ansietat, entre altres).

- Seguint el que s'estableix en els principis del nostre document i seguint les recomanacions en l'atenció i els casos exposats en el Document Tamaia, entenem que és necessari que el protocol d'abordatge integral a les violències sexuals que pugui derivar del Model, ha d'implementar necessàriament el **paradigma del cicle vital per entendre les especificitats de les violències sexuals al llarg de la vida i no generar un únic model d'intervenció ni una persona ideal per a aquest.**

- Finalment, en relació amb el Document Tamaia, ens agradaria posar l'accent en la **necessitat de cures a les i als professionals.** Entenem, com assenyalen les companyes de Tamaia, que els mateixos mecanismes que generen indefensió i no cuiden a les persones que acudeixen als Serveis sanitaris tenen també el seu efecte sobre el personal sanitari.

*"Disseny De L'eina De Cribatge De Les Violències Masclistes A L'atenció Primària"
Desembre 2021.*

Aquest document té com a objectiu funcionar com a suport en el disseny del procés de detecció de violències masclistes en l'atenció primària. Entenem que aquest document és clau pel fet que considerem que l'eina del cribatge, especialment quan aquest és comprès com cribatge

universal, és fonamental en l'abordatge de les violències sexuals des de la perspectiva feminista. No obstant això, **com suggereix el Document de Cribatge, existeixen clars dèficits en el sistema de Salut que impossibiliten, condicionen o limiten l'aplicació d'aquesta eina.** Considerem clau citar aquest extracte del Document de Cribatge:

En relació amb la detecció de les violències masclistes, l'avaluació del PAVIM del 2019 detalla una sèrie de propostes de millora que principalment fan referència a: 1) disminuir la pressió assistencial per tenir disponibilitat de temps per a la detecció; 2) posicionar els centres d'atenció primària com a servei sanitari prioritari per a la detecció; 3) incorporar preguntes de detecció a l'atenció habitual a dones, fills i filles; 4) reforçar l'ús d'indicadors de sospita; 5) augmentar la capacitat de detecció de la violència psicològica; 6) dissenyar sistemes d'aviso en els registres, i 7) garantir la rapidesa i els recursos per al procés d'atenció posterior a la detecció (6). (Pg.6)

La correcta implementació ha de passar per l'avaluació i millora dels aspectes destacats en la cita anterior. A més, considerem clau que, encara que el document sigui aplicable a l'àmbit de l'Atenció Primària, les recomanacions recollides en el mateix han de ser avaluades per a la seva aplicació en els serveis d'urgències. “Segons l'Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya, el context valorat com més adequat per a la detecció de les violències masclistes pels diferents agents (persones expertes, professionals i associacions de dones) és l'atenció primària i, en segon lloc, els serveis d'urgències” (pg.6).

Un dels aspectes i apartats del Document de Cribatge que ens sembla clau destacar dins de la nostra anàlisi és precisament el que fa referència a la qüestió de si el cribatge en l'abordatge de les violències masclistes ha de ser de tipus universal o selectiu. En aquest sentit, com assenjala el Document de Cribatge “Aquesta qüestió ha estat i segueix sent una qüestió polèmica i no hi ha un consens clar sobre quina estratègia és més pertinent adoptar, entre altres coses, perquè l'evidència disponible no és conclouent i no permet fer argumentacions a favor o en contra” (Pg. 19). No obstant això, considerem que, **des d'una perspectiva biopsicosocial que fa èmfasi en la necessitat d'abordar la salut mental d'una manera central, des del Departament de Salut, s'hauria d'advocar per un testatge o prova pilot del cribatge universal i de la seva viabilitat**, ja que, com esmenta el mateix Document de Cribatge. “s'alerta en altres estudis que la violència psicològica és una de les més freqüents i alhora la més difícil de detectar en un procés de detecció selectiu” (pg.20). L'aplicació en l'àmbit estatal de cribatges universals i selectius no és homogènia i trobem diversos models d'aplicació. En els models de cribatge selectiu s'apliquen els denominats Indicadors de Sospita que hem pogut observar en altres documents aquí analitzats. Entre aquests indicadors descobrim una vasta pluralitat. Com apunta el Document de Cribatge:

Aquests indicadors de sospita fan referència a tota una sèrie de factors, problemes de salut i esdeveniments que poden fer sospitar d'una situació de violència: antecedents de violència, antecedents personals i hàbits de vida, problemes ginecològics i/o

obstètrics, simptomatologia en l'àmbit de salut mental, aspectes socials (aïllament, baixes laborals, etc.), símptomes físics i/o característiques de les lesions, pautes d'utilització dels serveis sanitaris, situacions que poden afegir vulnerabilitat (migració, ruralitat, envelliment, exclusió social, diversitat funcional, etc.), actituds i comportaments de la dona o de la parella a la consulta, entre d'altres. (Pg. 21)

No obstant això, com s'analitza al llarg d'aquest document, **molts d'aquests indicadors de sospita moltes vegades són creences esbiaixades a través de mites o idees errònies sobre les violències masclistes. A més, els indicadors de sospita de violència de gènere en la parella no són aplicables en molts sentits a les violències sexuals. Pel que considerem que el cribratge universal és molt més efectiu a l'hora d'abordar les violències sexuals.**

Un altre dels aspectes destacables del Document de Cribratge és la discussió entorn de les diferències o no entre el cribratge de malalties i el cribratge com a eina de detecció de violències masclistes

“Des d'un punt de vista biomèdic, el cribratge no es considera una prova diagnòstica, de manera que davant d'un cribratge positiu (resultat positiu a la prova de cribratge) habitualment es requereixen proves diagnòstiques de confirmació per a valorar l'abast i el pronòstic de la malaltia. En el cas de les violències masclistes, la distinció entre cribratge (detecció) i diagnòstic (valoració de la situació) no té gaire sentit, ja que la línia divisòria és poc clara i sobretot perquè seria un element de revictimització de la dona. Si el procés de detecció, condueix a una confirmació de la situació de violència o es mantingui en situació de sospita, es condiona a un procés de verificació o confirmació, estariem posant en dubte el relat de la dona i això contribuiria a la revictimització.” (Pg. 22)

És a dir, **els resultats del cribratge han de ser entesos com a suficients per al començament d'un abordatge integral.** El qüestionament del mateix suposa posar en marxa processos de revictimització moltes vegades a través de violències institucionals que posen en dubte el mateix relat de la persona agredida. Un altre dels punts de controvèrsia o debat és qui ha de realitzar aquests cribratges, si el personal d'infermeria, el metge de referència o si es deuria “transversalitzar el procés de detecció i [...] la detecció és responsabilitat de qualsevol professional de la salut que reconegui indicadors de sospita i/o sigui testimoni del relat d'una dona en situació de violència. En aquests protocols, encara que la detecció la realitzi qualsevol professional de la salut, es recomana que sigui el personal sanitari de referència a l'atenció primària qui faci una valoració més extensa, un acompanyament i una intervenció posterior (11, 19, 22) (Pg. 24).

El Document de Cribratge compte amb recomanacions a tenir en compte a l'hora de fer una detecció de violències masclistes a l'àmbit sanitari:

Recomanacions	Els nostres comentaris
“En relació amb l'extensió o duració del procés de detecció, els estudis destaquen la necessitat de disposar i utilitzar eines o procediments curts i	Creiem que el cribratge universal permet que els processos de detecció siguin curts i exhaustius perquè garanteix que aquests

exhaustius, tot i que es reconeix que, un cop aplicada una eina breu, és necessària una avaluació o valoració addicional per part del personal sanitari" (Pg. 27)	processos es repeteixin en les consultes. Valorem com a necessari que després de la detecció i després de parlar amb la persona agredida ha d'activar-se un circuit d'atenció integral sota el consentiment de la pacient.
"Amb referència a les condicions d'aplicació del cribratge o procés de detecció, es recomana dur-lo a terme a soles amb la dona, en intimitat i confidencialitat, i sense la presència de familiars o acompanyants" (Pg. 27)	
"necessitat d'aplicar o validar les eines i processos de detecció en poblacions diverses i tenint en compte diferents eixos de desigualtat per tal de determinar si l'eina de cribratge és aplicable i adaptable a múltiples especificitats o bé cal dissenyar adaptacions que recullin part de la diversitat" (Pg.27)	Considerem que a l'hora de dissenyar una eina de cribratge és imprescindible fer una prova pilot amb testatge per a aconseguir una avaluació de com aquesta eina és aplicable a diferents contextos així com en casos amb perfils interseccionals.

El Document de Cribratge conté una taula amb diferents eines que poden ser usades durant el procés d'atenció inclòs el cribratge. **En aquest sentit, el cribratge es planteja com una mena d'entrevista clínica en el qual de manera habitual es realitzen preguntes per a avaluar la situació d'una persona que presenta indicadors de sospita. No obstant això, des de la nostra perspectiva, considerem que els indicadors de sospita no poden ser la condició sine qua non per al cribratge, i que aquest ha de ser universal. A més, molts dels indicadors de sospita solen estar construïts sobre la base de mites o creences compartides que estigmatitzen i estereotipen els perfils de persones que poden sofrir violències masclistes. Un altre dels elements a tenir en compte són les especificitats de les violències sexuals, les quals poden ser patides per qualsevol persona, en moltes ocasions els indicadors es construeixen pensant en la tipologia de violència de gènere en parelles o exparelles heterosexuales expulsant a altres casuístiques. És per això que considerem que, encara que els elements presentats pel Document de Cribratge són interessants i rellevants, han de ser repensats per a la seva aplicació en l'abordatge de les violències sexuals.**

Per això considerem rellevant incloure la taula extreta de les pàgines 30 i 31 del Document de Cribratge i afegir alguns comentaris i suggeriments:

<i>Tipologia d'eina</i>	<i>Explicació</i>	<i>Comentaris i Suggeriments</i>
Taules i llistes sobre tipologies de violència	Taules i llistes que identifiquen els diferents tipus de violències i les descriuen.	Aquestes taules han de considerar l'especificitat de les violències sexuals i englobar casuístiques i perfils amplis.

Recomanacions per a l'atenció a les dones en situació de violència	Llista de recomanacions generals que inclouen: principis que guien el procés d'atenció, accions que cal dur a terme, accions que cal evitar, llista de dificultats en la detecció de la violència masclista, factors que dificulten o faciliten que una dona identifiqui una situació de violència i la relati, explicacions sobre possibles respostes d'afrontament de les dones que pateixen situacions de violència masclista, entre d'altres.	Creiem que és necessari que aquestes recomanacions abordin dues qüestions que considerem essencials: D'una banda, han d'explicar què són els processos de revictimització, per un altre, explicar com les revictimitzacions poden constituir violències institucionals i el rol de la professional a l'hora de responsabilitzar-se de no caure en aquestes dues dinàmiques.
Llista i taules sobre mites, creences i estereotips	Llistes i taules que expliquen i argumenten en contra de mites, estereotips, creences, entre d'altres. També enumeració d'elements dels discursos que naturalitzen, minimitzen i perpetuen la violència masclista, alhora que culpabilitzen les dones.	
Llista de conseqüències de la violència masclista en la salut de les dones, filles i fills	Llistes amb problemes de salut o situacions d'emmalaltiment que poden patir les dones pel fet de viure en situació de violència masclista. També s'aporten llistes sobre problemes de salut que pateixen els fills i filles de dones en situació de violència masclista, ja que els fills i filles també es consideren víctimes directes.	Considerem que aquesta llista ha d'incloure de manera explícita i profunda la dimensió de salut psicològica i emocional. A més, la llista ha de considerar els efectes i conseqüències a llarg termini i contenir les especificitats de les violències sexuals.
Llistes d'indicadors de sospita de violència de gènere	Llistes d'indicadors de sospita de situacions de violència masclista classificats en funció de la seva naturalesa (física, psíquica, social, etc.) i també classificats en funció de si es refereixen a les dones o a les seves criatures.	La problemàtica dels indicadors de sospita han estat analitzats anteriorment. Considerem que han de realitzar-se per equips especialitzats amb perspectiva feminista. A més, la no presència d'aquests indicadors no suposa la no implementació del cribratge.
Llista de factors protectors relatius a les dones que pateixen	Llistes que exposen factors personals o contextuals que poden influir positivament per tal de millorar o sortir de la situació de violència. No és una eina habitual en els protocols,	

situacions de violència	molt centrats en la patologia i els aspectes negatius de la violència.	
Recomanacions per a la realització de l'entrevista clínica	Llista de recomanacions per a realitzar una entrevista clínica amb dones en situació de violència. S'inclouen aspectes com ara: maneres d'abordar la qüestió, com acollir el relat de la dona, actituds i comportaments desitjables en els i les professionals, accions i actituds que faciliten el procés d'identificació per part de la dona, o aspectes contextuais a tenir en compte, entre d'altres.	
Models de preguntes	Llistes de preguntes a realitzar per a fer un cribratge universal, per a aplicar en cas de sospita de violència, per a explorar una situació o per a avaluar diferents aspectes identificats durant el procés d'atenció a la dona.	
Valoració biopsicosocial (BPS)	Llistes d'aspectes a incloure en la valoració BPS, o bé formularis per a fer una exploració BPS completa.	
Valoració de la situació de violència	Llistes d'aspectes a explorar per tal de valorar la situació de violència: esquema dels tipus de violència, llistes de preguntes a realitzar per a fer la valoració, o bé formularis a emplenar per tal d'explorar i registrar la situació de violència.	Les eines per a la valoració han de contemplar les especificitats de les violències sexuals.
Valoració de la seguretat i el risc	Llistes d'aspectes a tenir en compte per a valorar el risc i la seguretat de la dona: indicadors de risc greu, indicadors de perill extrem, indicadors de situació de crisi, entre d'altres.	Les eines per a la valoració del risc han de partir de diagnosi interseccional que abastin les especificitats de persones en situació administratives irregulars, menors d'edat, persones majors, etc.

Fases del procés de canvi	Descripció de les fases del procés de canvi, en la majoria de protocols d'acord amb el model Prochaska i DiClemente. També s'inclouen taules resum de les accions professionals més adequades segons les fases de canvi, entre d'altres.	
---------------------------	--	--

El document fa referència també a la necessitat de plantejar els processos d'atenció des d'una perspectiva integral. Aquesta dimensió integral supera clarament les competències del Departament de Salut, és per això que al·lega la necessitat de treballar des d'una perspectiva intersectorial i interdepartamental. És per això que considerem que qualsevol estratègia a adoptar per part del Sistema de Salut ha de fer-se d'acord amb altres departaments i ha de comptar amb espais de treball i debat amb altres departaments. En aquest sentit, trobem que és rellevant incloure una cita del Document de Cribratge en la qual es recullen les preocupacions i reflexions respecte a les limitacions:

“Els resultats de l'avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya identifiquen un conjunt de preocupacions i reflexions en relació amb el procés de detecció i la seva continuïtat:

1. Els i les professionals desconeixen quin és el seu rol un cop es detecta un cas.
2. Sovint hi ha desconeixement sobre els recursos disponibles per a l'atenció a les dones un cop ja s'ha fet la detecció.
3. Els i les professionals de salut mostren preocupació per la falta de recursos disponibles i per la manca de confiança en la resposta que podrà donar el circuit de violència masclista un cop es detecta un cas.” (Pg33)

Com afirma el Document de Cribratge, “En la literatura científica analitzada, no s'han identificat pràcticament estudis que abordin qüestions tals com de quina manera i per què cal registrar la informació a la història clínica o en altres sistemes d'informació en salut” (pg. 34 i 35) No obstant això, el Document contempla una sèrie d'eines que considerem poden ser molt útils i poden garantir la seguretat i confidencialitat de les persones ateses (Pg. 36 i 37).

Taula 3: Eines incorporades a les històries clíniques

Tipologia d'eina	Explicació
Registre d'una sospita o confirmació de violència masclista	Pestanyes o finestres a la història clínica que permeten recollir la sospita o la confirmació d'una situació de violència masclista, episodis de violència específics, entre d'altres.
Valoració de la situació de violència, del risc per a la dona i de l'etapa de canvi	Pestanyes o finestres de la història clínica que incorporen ítems per valorar el tipus, la intensitat i la duració de la violència. També s'inclouen ítems per valorar la situació de perill extrem i ítems per identificar l'etapa de canvi en què es troba la dona.
Registre intervencions	Pestanyes o finestres per a reportar les intervencions dutes a terme, amb més o menys sistematització: espais en blanc o bé llistes amb caselles per a marcar les accions realitzades.
Guia de recursos	Informació sobre recursos del territori integrada a la història clínica, amb possibilitat o no d'imprimir-la.
Guies clíniques assistencials que es poden consultar des de la història clínica	Guies que resumeixen els aspectes clau per a la detecció, valoració i intervenció en situacions de violència. Estan integrades a la història clínica i es poden consultar durant el procés d'atenció a la dona i donen suport als i les professionals en la presa de decisions.
<i>Check lists</i>	Llista de tasques que cal dur a terme en un procediment determinat. Especialment rellevant a urgències.
Eina de gestió del pla de cures d'infermeria	Inclusió de variables clíniques relacionades amb la violència de gènere a l'eina de gestió del pla de cures d'infermeria. El registre pot estar sincronitzat (integrat) amb el registre general. En emplenar algunes caselles, s'activen plans de cura preconfigurats que ajuden a orientar la intervenció.
Informe de lesions informatitzat	L'informe de lesions s'emplena a partir de la mateixa història clínica o en la mateixa plataforma. L'enviament d'aquest informe pot quedar registrat a la història clínica.
Informacions integrades a la HC amb versions imprimibles	Informacions relatives a recursos, al pla de seguretat, a estratègies d'autoprotecció, etc. que es visualitzen des de la història clínica i que es poden imprimir per entregar a la dona.
Generació de cita amb el o la professional de referència	En el cas que la detecció s'hagi dut a terme per una professional que no és la de referència, es pot generar una cita amb la professional de referència a AP.
Codis per al registre a la història clínica	Llistes de codis CIE per a registrar situacions de violència masclista. Llistes de codis NANDA d'infermeria relacionats amb la violència masclista.

El Document de Cribratge estableix tres àrees de treball com a resultat de la revisió de la evidència científica i dels protocols implementats. Aquestes àrees són:

1. Sensibilització, formació i capacitat dels diferents col·lectius professionals per a poder dur a terme el procés de detecció en el marc d'una cultura compartida d'abordatge de les violències masclistes al sistema de salut.
2. Incorporació del procés de detecció de les violències masclistes a la història clínica (amb l'objectiu final d'incorporar-hi tot el procés d'atenció).

3. Acompanyament i suport als i les professionals en l'abordatge de les violències masclistes, en tots els aspectes tècnics, metodològics, ètics, jurídics, simbòlics i emocionals que comporta.”pg 52.

Des del nostre equip considerem que aquestes tres àrees de treball són essencials i les idees són recollides en l'apartat de conclusions del nostre document. No obstant això, considerem que el segon punt, el d'incorporació del procés de detecció de violències masclistes en la història clínica ha de ser explicat a continuació pel fet que el Document de Cribratge conté informació valuosa que ens pot beneficiar. El document de Cribratge fa referència a la importància que té la Història Clínica en el treball quotidià del Sistema de Salut, no obstant això, s'emfatitza que no tot professional ha de tenir accés a tota la informació recollida en la Història Clínica. Alguna cosa que considerem clau per a evitar violències institucionals i revictimització alhora que protegeix i garanteix la confidencialitat.

El document planteja quatre línies de treball per a la integració del procés de detecció en la història clínica. Considerem que el Departament de Salut hauria de testar i crear proves pilot per a la implementació d'aquestes línies de treball (tecnològica, de continguts, d'aspectes ètics i legals i de connectivitat amb la xarxa d'atenció).

Com a conclusió, el Document de Cribratge ha de ser analitzat i valorat en totalitat per part del Departament de Salut a l'hora de plantejar qualsevol programa d'atenció. No obstant això, considerem que aquest document no fa referència específica a les violències sexuals. Aquest fet suposa que pugui veure una atenció inadequada a aquesta mena de violències i que les mateixes siguin invisibilitzades al no encaixar o ajustar-se als patrons de diagnòstic i atenció propis de les concepcions vinculades a la violència de gènere entesa com aquella que té lloc en l'àmbit de la parella o exparella heterosexual.

Considerem que el més apropiat seria generar un document operatiu o protocol per posar validat a través d'una prova pilot en diferents territoris per poder avaluar la manera en la qual una estratègia de cribratge universal entorn de les violències sexuals podria ser aplicat en la totalitat del territori català. Per la redacció d'aquest protocol s'hauria de comptar amb persones especialitzades en violències sexuals per assegurar que aquesta tipologia de violències no queda en segon pla o no s'aborda correctament.

“El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària” (Març 2019)

El Document “El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària” (d'ara endavant document ASSIR), és el document que fa referència

al procés assistencial operatiu al servei de l'ASSIR. En aquest sentit, ens agradaria referir-nos a l'apartat 3.14 del document, el qual se centra en l'atenció a la violència masclista. El document adopta referent a aquestes violències una definició àmplia i oberta que busca englobar el paradigma del cicle sexual així com les diferents manifestacions de les violències masclistes: “Es poden donar en els diferents moments del cicle vital de la dona, tant en l'àmbit familiar (agressions físiques, violència sexual a la infància i/o l'adolescència, la violació per part de les parelles o ex parelles, la violència relacionada amb l'explotació sexual, la mutilació de genitals i altres pràctiques tradicionals, etc.) com en l'entorn social (les violacions, el tràfic de dones, la prostitució forçada, l'assetjament i la intimidació sexual a la feina, a les institucions educatives i en altres àmbits, etc.)” (Pg. 64). A més, el document fa referència al fet que aquestes violències operen dins d'un context estructural que afavoreix les desigualtats entre homes i dones. No obstant això, considerem que és un element negatiu el que no es compti amb un apartat propi per a l'abordatge de les violències sexuals atès que és un servei especialitzat d'atenció a la salut sexual i reproductiva. En aquest sentit, considerem que és recomanable generar unes pautes específiques per a aquest fenomen.

Documents de Bones Pràctiques

El Departament de Salut, sent conscient de la necessitat d'un treball comunitari i xarxa, va convocar a través de la Subdirecció General de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari, adscrita a la Direcció General de Planificació en Salut, una convocatòria de Bones pràctiques en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la salut el desembre de 2020. Entenem que aquesta convocatòria és un esforç més per part del Departament de Salut de treballar alineat amb la societat per a l'abordatge de les violències masclistes aprofitant el coneixement específic i especialitzat de determinades entitats i serveis. Aquesta convocatòria té per objectiu comptar amb coneixement per poder abordar una actualització del Protocol de 2009 analitzat en aquest document anteriorment i generar nou coneixement de cara a l'aplicació del Model publicat el gener de 2021. En aquest sentit, considerem clau analitzar elements específics d'aquests documents de bones pràctiques relacionats amb les violències sexuals de cara a l'actualització d'un nou protocol vinculat a l'abordatge i l'atenció de les violències sexuals en l'àmbit sanitari català.

Document “Incorporació de la mirada de gènere al model biopsicosocial d'atenció pública en la salut mental en una experiència de transferència transdisciplinar de coneixement entre universitat, l'àmbit professional i l'activisme”

El document "Incorporació de la mirada de gènere al model biopsicosocial d'atenció pública en la salut mental en una experiència de transferència transdisciplinar de coneixement entre universitat, l'àmbit professional i l'activisme" desenvolupat per l'Associació Vidal I Barraquer d'ara endavant Document ViB), suposa una important aportació per al camp de la salut mental en l'àmbit de les violències masclistes. En aquest sentit, és rellevant recalcar dues idees clau. D'una banda, **la salut mental dins del sistema de salut sofreix una gran falta de recursos tant materials com humans que dificulten el seguiment psicològic dels i les pacients. Aquesta falta de recursos es tradueix en una greu dificultat per obtenir cites en serveis psicològics i en la sobremedicalització per falta de capacitat terapèutica no farmacològica.** D'altra banda, com destaca el Document ViB, les violències masclistes tenen un greu impacte en la salut mental de les persones que les pateixen i han de ser abordades de manera correcta "A més dels morts (feminicidi) i de les lesions físiques possibles per agressions, les violències masclistes provoquen importants danys en la salut mental, i un major risc de conductes suïcides" Pg2. En aquesta línia, el document remarca alguna cosa que hem d'emfatitzar també en l'abordatge de les violències sexuals,

En la xarxa d'atenció de salut mental, encara que es contempla la concepció de la salut i del subjecte com un sistema dinàmic biopsicosocial, en la pràctica clínica, molts cops, es tracta el malestar psicològic i el patiment des de una perspectiva biològica i individual, ignorant la influència que les desigualtats socials, les estructures de poder i la cultura tenen en la salut (Martínez-Hernández 2009) Pg2.

En el Document Operatiu analitzat anteriorment s'estableix la possibilitat que qualsevol professional sanitària o sanitari pot desenvolupar l'avaluació psicològica en casos de violència sexual. Seguint el Document ViB podem afirmar que l'atenció que es realitza en aquests casos no segueix el model dinàmic biopsicosocial pel fet que els i les professionals sanitàries encarregades de l'avaluació psicològica de persones que han sofert violència sexual no es desenvolupen per part de personal amb especialització en la matèria. Aquesta falta pot suposar un mal diagnòstic i, per tant, un abordatge erroni "Si els diagnòstics o situacions problemàtiques es valoren de forma descontextualitzada, i no es relacionen amb les experiències de viscudes, poden quedar invisibilitzades, tant les violències patides, com els seus efectes" pg2. Això al mateix temps suposa invisibilització i revictimització a través de formes de violència institucional. A més, com demostra el Document ViB, **la falta d'interseccionalitat i l'estigma sobre les persones neurodivergents o amb malalties mentals suposa també la invisibilització de les violències masclistes que puguin patir,** "Si aquestes violències masclistes viscudes no son reconegudes ni ateses adequadament, i tractant solament el trastorn mental diagnosticat, hi ha el risc que es perpetui la situació de violència i/o els seus efectes, i es pot promoure involuntàriament la cronificació dels trastorns mentals. Així, poden existir formes de revictimització secundària en l'atenció de professionals, i iatrogènies per tractaments no específics dels efectes de la violència" pg3.

Seguint l'avaluació del Protocol realitzada en el Document ViB considerem de vital importància la formació i contractació de personal amb especialització no sols en psicologia sinó en perspectiva de gènere per a l'abordatge i l'atenció i violències sexuals en el sistema públic de salut. Com assenyalava l'informe, la perspectiva biopsicosocial no és suficient, aquesta ha de ser feminista i interseccional per **superar el model binari com queda reflectit en l'horitzó proposat pel Model**, “incorporar la mirada de gènere al model biopsicosocial, implica no sols oferir una atenció biomèdica no esbiaixada, androcèntrica o binària i diferencial pels dos sexes, sinó també tenir en compte i incorporar la diversitat més enllà del binarisme home-dona (incloent, dones, posicions no binàries, dones trans, intersexuals, persones amb diversitat sexual, etc.)” pg6.

D'altra banda, encara que el Document ViB no utilitzi el concepte '**violència institucional**' entenem que dins de les bones pràctiques que proposa el document trobem eines clares per **acabar amb aquesta mena de violència quan analitzen els relacions de poder entre personal sanitari i pacients**,

és necessari introduir al mateix temps metodologies que revisin la dimensió de poder de la pràctica professional d'atenció i parteixin del reconeixement de l'agència, la voluntat, el desig i la diversitat de la persona atesa que ha patit violència masclista sense patologitzar-la (en concordança amb la perspectiva de gènere interseccional) i, per evitar la patologització o psiquiatrització de la violència masclista en l'atenció en salut mental, cal analitzar la relació entre els diagnòstics de salut mental amb les situacions de violència viscudes, tenint en compte els mandats i el sistema d'estatus de gènere d'aquests contextos socials. Pg7

Un altre dels elements destacables de l'exemple de bones pràctiques que es realitza i que queda reflectit en el Document ViB és la implementació del cribratge universal. **Partint de la idea que les violències sexuals no són puntuals o momentànies, és a dir, els seus efectes poden aparèixer a llarg termini, entenem que el cribratge universal és més que necessari per poder atendre de manera correcta. És necessari recalcar en aquest sentit que les violències sexuals que no afluïen en el moment exacte en el qual es produeix l'agressió són difícils de visibilitzar així com moltes vegades no són ni tan sols conceptualitzades com a tal per part de les persones que les sofreixen, és per això que entenem que el cribratge universal és l'única solució per a abordar de manera correcta les violències sexuals evitant així la medicalització i individualització de les problemàtiques psicosocials, en aquest cas les violències sexuals, i així evitar un altre tipus de revictimització i violència institucional.**

Amb l'objectiu de poder garantir la recuperació de persones que han sofert violència sexual i que han estat patologitzades així com aquelles persones que tenen diagnòstics de trastorns mentals pels quals les violències sexuals han estat invisibilitzades, valorem que és necessari que, a manera de reparació, el sistema de salut, seguint les recomanacions del Document ViB hauria

de “Revisar críticament els diagnòstics de salut mental, de les dones que han patit violències de gènere en direcció a reconstruir-los com a diagnòstics psicosocials de gènere” pg11.

A més, seguint la metodologia de l'experiència desenvolupada per la Fundació Vidal I Barraquer **considerem clau la col·laboració de diferents sectors socials per al disseny i implementació de nous plans contra les violències masclistes,**

Valorem molt positivament l'experiència de transmissió de coneixement transdisciplinar entre la universitat, l'àmbit professional d'atenció clínica i l'activisme. Creiem que no sols es important per la creació de context i la capacitat dels professionals, sinó que pot ser útil mantenir-lo de forma continuada en el desenvolupament dels programes i la seva supervisió i avaluació. Pg 24

En definitiva, considerem que el Document ViB suposa una gran i necessària aportació a tenir en compte a l'hora de reduir les violències institucionals i revictimitzacions associades al tractament de la salut mental en casos de violències sexuals. En aquest sentit, el Document ViB pot ser extrapolat a les especificitats de la violència sexual en les següents formes:

- Aplicació del **cribratge universal per reconèixer i identificar casos de violències sexuals invisibilitzats per malalties mentals així com en casos d'invisibilització per falta d'informació de la persona que ha sofert aquestes agressions.** Per a la correcta aplicació d'aquest garbellat universal és necessària la formació obligatòria del personal de serveis sanitaris així com la correcta aplicació del model biopsicosocial des de la perspectiva de gènere en el camp de la psicologia.
- **Reforç de les unitats de psicologia del Sistema de Salut per garantir els recursos humans i materials.**
- Necessitat d'establir un **diàleg transinterdisciplinar que garanteixi la transferència de coneixement entre el sistema públic de salut i el sistema universitari.**
- **Formacions obligatòries sobre l'estigma en salut mental.**
- **Formacions obligatòries sobre el sistema sexe-gènere per superar el paradigma binari i garantir els drets de persones no binàries, trans* i intersexuals.**

Document “Espai Lila del CJAS. Detecció i atenció especialitzada de les violències masclistes i sexuals en població adolescent i jove”

El document “Espai Lila del CJAS. Detecció i atenció especialitzada de les violències masclistes i sexuals en població adolescent i jove” (d'ara endavant Document CJAS) és la memòria del projecte Espai lila que es va iniciar al Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (d'ara endavant

CJAS). Aquest programa és un dels principals programes de L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius, dedicat a atendre població adolescent i jove fins els 30 anys d'edat en temes relacionats amb la sexualitat i les relacions afectives.

La experiència del Espai Lila del CJAS es de gran valor a la hora de implementar el paradigma del cicle vital en e'abordage de les violències sexuals. En este sentit, creiem que són d'especial rellevància algunes de les idees incloses a la seva memòria:

- **A quin perfil d'edat van dirigits els recursos institucionals de lluita contra les violències masclistes?** Com bé apunta el Document CJAS “Determinats recursos especialitzats poden tenir una connotació que noies adolescents i joves no se sentin identificades. El procés d'identificació com a dona que està patint violència no és fàcil, i això dificulta que arribin a serveis que siguin exclusius o estiguin molt identificats com a serveis d'atenció de violències masclistes” (sense nombre de pàgina). En aquest sentit entenem també que **l'hostilitat que poden produir espais com els hospitals es veu incrementada en la percepció que la joventut pot fer d'aquests serveis**. D'aquesta manera, considerem clau el finançament d'espais que, fins i tot oferint serveis sociosanitaris, no es trobin directament arrelats en el sistema sanitari. **Considerem clau també que el Departament de Salut garanteixi i dot de recursos materials i humans a aquests espais informals per garantir els serveis, per exemple, que s'ofereixi la possibilitat que personal sanitari jove amb capacitat i especialització pugui col·laborar amb aquests espais.**
- **Especificitats de les violències en gent jove:** Tal com assenyalava el Document CJAS, és imprescindible tenir en compte les especificitats de violència de gènere en els col·lectius més joves. Destaquem especialment aquestes dues dimensions assenyalades per les companyes en entendre que són extrapolables a les especificitats de les violències sexuals “El cicle de la violència és molt més ràpid en casos d'adolescents i joves, i molt ràpidament passen de la “crisi” a la “lluna de mel” (sense nombre) i “En alguns casos les noies ja no estan en la relació de parella o sexeafectiva en la que han viscut la situació de violència i això sovint dificulta la percepció de necessitat d'anar a serveis especialitzats”, entre d'altres.
- **Considerem que és clau la presència i treball d'espais com l'Espai lila del CJAS perquè aconseguen fer resistència enfront dels discursos més hegemònics quant a la violència sexual.** És a dir, en una cultura de la violació com en la que vivim, els relats més hegemònics i compartits són aquells que vanaglorien, justifiquen i fomenten les violències sexuals alhora que responsabilitzen i culpabilitzen a les persones agredides de les seves agressions (Valdés, 2019). En aquest sentit, creiem que la funció formativa, de detecció i atenció que realitzen aquests espais és clau per poder fer una detecció precoç en persones joves, les capacitats de les quals per fer front a narratives i discursos hegemònics són

limitades. És per això que considerem que la labor d'aquests espais és clau en la visibilització i la mesura de les violències sexuals.

- Destaquem l'afirmació que realitza el Document Celles pel que fa a l'**efecte de les violències masclistes sobre la salut mental de les i els joves**, "Les VM en joves acostuma a expressar-se a través d'un abús psicològic més que no físic, qüestió que dificulta el seu reconeixement. Sovint aquest abús psicològic comporta que també s'estigui exercint violència sexual" i considerem que és crucial afegir aquesta especificitat al cribratge universal psicològic que plantegem mitjançant l'anàlisi del Document ViB.
- Por últim, cal destacar que el Document CJAS explicita la necessitat de tenir en compte com element central les violències sexuals que ocorren tant a l'espai blended (el continu que s'estableix entre la dimensió virtual i física de les experiències).

Document "Guia d'autoajuda per a dones víctimes d'una agressió sexual recent: Un camí cap a la recuperació"

La segona edició de la "Guia d'autoajuda per a dones víctimes d'una agressió sexual recent: Un camí cap a la recuperació" del Programa de Prevenció i Tractament de les Seqüeles Psíquiques en Dones Víctimes d'una Agressió Sexual elaborat per la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona (d'ara endavant Guia D'autoajuda) és un document basat en l'experiència recollida a través del Programa de prevenció i tractament de les seqüeles psíquiques en les dones víctimes d'una agressió sexual de l'Hospital Clínic de Barcelona. És un servei gratuït d'intervenció psiquiàtrica i psicològica dirigit a les dones que han patit una agressió sexual a la ciutat de Barcelona, i la seva finalitat és "oferir informació i suport, atenuar les reaccions psíquiques inicials, tractar els trastorns depressius i per estrès posttraumàtic quan s'hagin produït i recuperar el funcionament previ a l'agressió" Pg7.

Des de la nostra perspectiva, aquest document, en estar específicament centrat en l'àmbit de les violències sexuals mereix de la nostra atenció i d'una anàlisi profund . Destaquem de la Guia d'Autoajuda el concepte utilitzat per a l'emmarcació de les violències sexuals: "Es considera violència sexual qualsevol comportament de naturalesa sexual dut a terme sense el consentiment de l'altra persona. Inclou conductes com ara l'exhibicionisme, les paraules obscenes, els tocaments o la violació. Tot i que afecta tots dos sexes, les dones són les víctimes més freqüents i els homes, els agressors" pg 12. Considerem que aquesta definició és una mica bàsica i que s'hauria d'ampliar i concretar la definició per englobar més formes d'aquestes violències. En aquest sentit, creiem que és necessari incloure explicacions sobre violències virtuals. D'altra banda, el mateix document s'adscriu a la classificació entre agressió, abús i assetjament sexual pròpia del Codi Penal Espanyol el qual, com hem desenvolupat al principi del

nostre document, conté una tipificació i classificació penal dels delictes en la qual és flagrant l'absència de perspectiva de gènere. És per això que, encara que la guia realitza algunes modificacions en les definicions d'aquests tres tipus de violències, com els denomina, no estem davant tres TIPUS de violència, sinó davant tres CODIFICACIONS legals que no representen la realitat del fenomen de les violències sexuals i que suposa un enfortiment i una reproducció de les violències pròpies de la cultura de la violació (Valdés, 2019, 2022).

En l'apartat "Què Pots Fer Després D'una Agressió Sexual?" Destaquem tant aspectes positius com negatius.

Aspectes positius	Aspectes negatius
Interseccionalitat: Fan referència a com hauria de ser el procés de denúncia en el cas de persones en situacions administratives irregulars.	Entenem que, de nou, s'emfatitza i prioritza el procés de denúncia al benestar de l'agredida.
Deixa clar que les possibles seqüeles d'una agressió sexual no només són de caràcter físic i emfatitza la dimensió de la salut sexual i mental.	La guia no explicita si el comunicat de lesions al jutjat de guàrdia es fa amb el consentiment o sense el consentiment de la persona agredida.
Emfatitza l'autocura i cerca reduir el paradigma de la culpa, la responsabilitat i la vergonya en la persona agredida.	Entenem que justifica les revictimitzacions i violències institucionals en l'àmbit policial en afirmar que "Per les necessitats de la investigació, la persona que recull la denúncia està obligada a fer-te un seguit de preguntes i algunes et poden incomodar o resultar molestes; tot i així mira de respondre a poc a poc i amb claredat perquè es recullin els fets de la manera més precisa i explícita possible".

Quant al que fa referència a l'exploració psiquiàtrica trobem dos elements a destacar. D'una banda, afirma que aquesta exploració psiquiàtrica ha de fer-se per una o un psiquiatre, mentre que l'avaluació psicològica present en el Document Operatiu ressaltava que l'avaluació psicològica pot dur-se a terme per qualsevol professional del servei sanitari. D'altra banda, destaquem negativament que la primera opció sigui la psiquiatria i la farmacologia en comptes de la teràpia psicològica, patologitzant i medicalitzant així a la persona agredida "Se t'ofereix el tractament farmacològic més adequat per als primers dies i la possibilitat de fer un seguiment psiquiàtric i/o psicològic en el Programa de Prevenció i Tractament de les Seqüeles Psíquiques en Dones Víctimes d'una Agressió Sexual durant els mesos següents" pg 19. A més, no s'esmenta en cap moment l'impacte sobre la salut mental dels processos de revictimització i de violència institucional que suposen les reiterades entrevistes sense un acompanyament expert.

En termes generals entenem que aquesta guia compta amb diversos elements que serveixen com a eines perquè, les persones que es trobin en una situació que s'ho puguin permetre, realitzin una autogestió de la seva autocura a l'hora de fer front a una agressió així com considerem que, si arriba a les mans adequades, també pot ajudar persones a adonar-se de si

necessiten ajuda professional. No obstant això, creiem que la guia no és accessible per a tota la població, que el seu nombre de fulles així com alguns apartats poden no generar interès en la població diana i que hauria de generar-se algun tipus de recurs (infografia, tríptic) per fer aquest recurs més accessible. Finalment, creiem que la Guia d'Autoajuda, en molts moments, sembla establir l'obligació de denunciar i acaba posant al centre de la qüestió la necessitat de denunciar i no el benestar de les persones agredides. Així en l'apartat "Què passa si denuncies?" s'afirma que "és necessari denunciar l'agressor" pg. 33, entenem que aquesta afirmació és coactiva. Així mateix, la guia assegura que el procés de denúncia

implica relatar la història repetidament, tornar a recordar l'experiència i veure de nou l'agressor en la prova d'identificació i en el judici. Durant el procés judicial, contactaràs amb diferents professionals, els esforços dels quals estaran dirigits a obtenir les proves i la credibilitat necessàries perquè es pugui jutjar amb garanties. Pg 33

Entenem que, igual que la Guia d'Autoajuda fa referència al biaix androcèntric i patriarcal de la medicina, també hauria de ser conscient que el sistema de justícia compta amb el mateix biaix i no afirmar de manera rotunda el com es desenvoluparà el procés de denúncia i posterior judici. Tampoc parla de si existeix un suport psicològic específic per part del sistema de Salut per fer front a un procés de denúncia revictimitzant i violent amb les persones agredides. Creiem que l'enfocament de la Guia d'Autoajuda es centra massa en la denúncia quan hauria de prevaler el benestar de la persona agredida.

Document "Programa De Prevenció I Tractament De Les Seqüeles Psíquiques En Dones Víctimes D'una Agressió Sexual"

Finalment, ens agradaria destacar les bones pràctiques presents en el document "Programa De Prevenció I Tractament De les Seqüeles Psíquiques En Dones Víctimes D'una Agressió Sexual" del Servei De Psiquiatria I Psicologia Clínica de l'Institut Clínic de Neurociències (ICN) de l'Hospital Clínic de Barcelona. Considerem que és més que remarcable la definició aportada pel document, ja que el criteri central per parlar de violència sexual és el consentiment i no el grau de violència exercit a l'hora de considerar alguna cosa un acte de violència sexual. Segons el document, violència sexual és "tot comportament de naturalesa sexual realitzat sense el consentiment vàlid de l'altra persona". Així mateix, considerem clau els principis que aquest programa introdueix per la prevenció i tractament de les seqüeles psíquiques com evitar la revictimització i establir un pla terapèutic individualitzat.

Elements clau i propostes per una Estratègia d'abordatge integral de les Violències Sexuals.

Cap a quin document treballar?

Una de les propostes que amb més freqüència, des d'institucions, tant públiques com privades, s'han plantejat per l'abordatge integral de les Violències Sexuals, és la definició i l'establiment de documents de 'protocols'. Aquest enfocament, essent totalment coherent, ens afronta alhora a riscos que es relacionen essencialment amb la possibilitat d'unes expectatives desajustades respecte els mateixos com a solució “tancada” o “permanent”. D'aquesta manera, amb el propòsit de donar resposta a les necessitats detectades, els protocols sovint es bloquegen en sí mateixos i s'impermeabilitzen davant possibles modificacions o canvis amb la pretensió de sostenir la seva qualitat i eficàcia a través de la immutabilitat. Entenem que, davant d'aquesta constatació, i en el moment d'abordar la necessitat real de definir eines protocol·litzades per articular la feina que es desenvolupa entorn les Violències Sexuals des de l'àmbit de Salut, **cal fer un enfocament més orientat a la concreció dels reptes que es presenten i a la construcció de propostes per atendre'ls adequadament, avançant cap als objectius definits en aquest document marc i fonamentats en el Model com a perspectiva d'abordatge de les Violències Sexuals, caracteritzada per un enriquiment de la mirada i un propòsit de superació de les limitacions conceptuals, metodològiques i estructurals prèvies entorn aquestes violències**

En aquest sentit, cal tenir present, com a repte fonamental, que el desenvolupament i implementació de protocols pot comportar el fet que diferents sistemes complexos— presents en contextos i territoris que suposen una àmplia varietat i heterogeneïtat— parteixin d'una obligatorietat teòrica que al·lega que el protocol ha de ser entès com un document inamovible i condició *sine qua non*. Davant això, en sistemes que presenten complexitats i realitats tan heterogènies com les que suposa el sistema de salut català, seria imprescindible treballar amb documents i eines que s'adaptin a casuístiques plurals, amb un enfocament en que es posi al centre l'atenció a la diversitat i la flexibilitat com a metodologia en sí mateixa, eminentment dinàmica, en tots els processos que caracteritzen el funcionament amb protocols.

La creació d'un protocol per a un sistema tan ampli i complex suposa, doncs, afrontar el risc de la immobilitat d'aquest tipus de documents, i com a conseqüència, la rigidesa en l'abordatge. Així com, específicament els riscos, vinculats als grans i costosos processos de revisió i avaluació inherents, poden convertir-los en eines fixes i rígides a l'hora d'implementar-se en contextos diferents dels hegemònics.

D'aquesta manera, i com es planteja en aquest document en coherència amb l'enfocament que descriu el Model, protocols com, per exemple, el de l'Hospital Clínic poden ser molt interessants i necessaris de revisar en la pràctica, doncs la seva aplicació i replicabilitat és poc realista a causa de la desigualtat de contextos urbans i rurals i, en concret, a causa de la desigualtat de recursos

materials i humans que continua caracteritzant la bretxa territorial urbà-rural. A més, aquest tipus de protocols, serveixen per a la definició de propostes d'evolució i millora en sentit ampli, tal i com planteja el Model, en visibilitzar la necessitat de superar limitacions derivades de la prioritització majoritària de l'atenció als casos aguts de violències sexuals recents, com serien els que arriben a les urgències dels centres hospitalaris.

A partir d'aquí, observem que la creació d'un protocol ens afronta a un altre repte per a la construcció d'eines, com és la necessitat de fonamentar-se en un diagnòstic correcte i en la realització d'un pilotatge d'aquestes eines per a la validació de la seva eficàcia en termes d'assolir el major abast poblacional possible, trencant amb la desigualtat territorial que incideix en les persones que han estat o estan afectades per les Violències Sexuals, i en relació a la informació, garantir la disponibilitat i accessibilitat als recursos, prevenint d'aquesta manera la violència institucional.

Des d'aquesta mirada, l'elaboració d'un Document Operatiu (DO) que cimenti l'estratègia de construcció de protocols agafa sentit com a resposta als reptes descrits i d'altres que s'han destacat en aquest document a partir de la revisió de la documentació analitzada. Les propostes de treball que s'aporten a continuació pretenen servir, doncs, com a suport per a la realització, per exemple, de diagnòstics territorials que fonamentin la definició de mecanismes per aterrar el desenvolupament de l'estratègia.

També cal tenir present, que treballar amb protocols fa emergir el repte del treball interdepartamental i intersectorial. En aquest sentit, la proposta d'un DO que reculli propostes de treball que superin l'àmbit competencial del sistema de Salut, pot funcionar també com a introducció de dimensions i aspectes que s'han de treballar de manera interdepartamental. Un exemple d'això seria, la necessitat d'incloure en la intervenció sanitària, el canvi de la mirada centrada en la denúncia per posar al centre el benestar físic, psicològic i emocional. Aquest canvi de focus, suposa una proposta que supera els límits d'un protocol, però no d'un DO que pot definir un enfocament que prioritzi i posi l'èmfasi en aquest canvi de perspectiva en les taules interdepartamentals.

Entenem doncs, que el DO s'hauria de contemplar com un eina necessària i a tenir en compte, en l'elaboració de l'estratègia per l'abordatge de les violències sexuals des del Sistema de Salut, amb un marc de referència tècnic i metodològic comú, implementat i difós per part de professionals de diferents àmbits i amb formació específica.

Així doncs, el tipus de document que es proposa, hauria de **recollir els criteris mínims d'actuació, que més endavant alguns es desenvoluparan com a propostes, consensuats, fonamentats tècnicament, aterrats, tant a la diversitat de les dones com dels territoris; i que garanteixin en tot moment la seguretat i benestar de les dones que han estat agredides en qualsevol de les formes i contextos en què es donen les violències. Considerant també, les especificitats de cada dona segons el cicle vital en que es troba i altres tipus**

d'interseccionalitats que tenen una influència directa en la valoració i el tipus d'intervenció més apropiada en cada cas. **El pilar d'aquest marc de referència**, en qualsevol cas, ha d'estar **centrat en la persona, i contemplar tots els nivells d'afectacions** i totes les àrees de la persona que es veuen afectades per aquest tipus de violències per tal de garantir una atenció integral que possibiliti al màxim la recuperació de les dones afectades.

En aquest sentit, és essencial emfatitzar la **prioritat que l'estratègia d'abordatge de les VS respongui a l'objectiu que les eines del sistema sanitari posin al centre a les dones i es focalitzin en una mirada de salut global**. D'aquesta manera, la resposta al repte que es deriva de la limitació de la consecució de la prova condicionada pel model legalista i biomèdic, impulsa necessàriament un canvi en la mirada de la salut i el benestar de les persones cap a un abordatge ampli i integrador de les àrees mental, física, emocional i social i no exclusivament adreçat a la consecució de proves per a un procés penal. **Aquest nou enfocament ens porta a la idea que s'han d'atendre tots els casos de violències, no només els més greus, alhora que és clau la definició d'eines que estableixin els mecanismes per prevenir, identificar i respondre a possibles revictimitzacions i violències institucionals.**

En relació a l'anterior i com a reforç del que s'ha destacat **es recomana desenvolupar la necessitat de posar al centre a les dones i la mirada de salut global a través d'oferir solucions a la limitació conceptual de les violències sexuals en el sistema sanitari, la qual es fa patent als documents i protocols analitzats, com s'ha referit. Aquesta limitació, arrelada a creences tradicionals i biaixos androcèntrics rebuts per la pròpia medicina i el sistema de salut del model social majoritari patriarcal, té una profunditat i un abast que no es pot menysprear sinó, més bé al contrari, requereix d'una anàlisi i una presa de consciència de la seva veritable difusió en societat, les persones i les estructures, i de les resistències al canvi que comporta, algunes força invisibilitzades i difícils d'identificar.**

Com molt sovint s'ha visibilitat pels moviments feministes, si el sistema de salut, s'estructura, s'activa i es desenvolupa des d'un sistema patriarcal, es desencadenen diferents expressions violentes en contra de les dones, per exemple dels seus cossos, com és la violència obstètrica i la discriminació de gènere en tot el que implica el sistema de Salut. Alguns exemples sobre com les violències masclistes actuen des del sistema de salut podrien ser la negació implícita de la sexualitat de les dones, la possible integració de creences sobre l'obligació de tenir relacions sexuals quan s'està en parella, negant així les necessitats sexuals i el desig de les dones, el plaer o el consentiment forçat mantint en la invisibilitat els possibles efectes psicològics i emocionals de les violències sexuals. Altres exemples podrien ser la creença que totes les dones que van al ginecòleg són heterosexuales o l'assumpció de la monogàmia com a única conducta responsable sexual, entre altres. Finalment, un dels altres grans elements que també suposa el biaix androcèntric patriarcal de la medicina i el sistema de salut és la idea que la sexualitat femenina desapareix en determinat moment del cicle vital. Aquesta mirada edatista de les sexualitats provoca la generació de la creença que les dones grans no pateixen aquest tipus de violència.

Aquests exemples ens ajuden a il·lustrar i reconèixer que el protocol s'inscriu en una institució i en un sistema que es caracteritza per un biaix androcèntric i patriarcal.

Abans d'aprofundir en el desenvolupament de les aportacions cal considerar també que, **per poder garantir un correcte desplegament de l'estratègia a través d'un DO i els protocols vinculats, serà necessària la formació**, així com, generar documents visualment atractius per transmetre la informació a totes les i els professionals dels diferents serveis. També, **la difusió i posada en marxa de les eines plantejarà la necessitat i el repte de generar xarxes territorials així com de serveis de recollida de dades. I, a més, serà fonamental facilitar que els processos de treball col·lectiu comptin no només amb el treball interdepartamental, sinó amb les xarxes comunitàries** que engloben institucions no formals i persones rellevants dins la lluita contra les violències masclistes, i específicament les violències sexuals.

Per tant, **amb aquest document es volen aportar propostes per ajudar a desenvolupar l'estratègia d'abordatge de les violències sexuals des del Departament de Salut en la línia descrita pel Model i partint del reconeixement, tant dels punts forts i les potencialitats, com dels punts dèbils i el repte** alhora de desenvolupar aquesta tasca, un dels quals seria la qüestió de la limitació de competències del Departament de Salut i la qual es proposa afrontar com una cursa de llarga durada, necessitada del treball interdepartamental amb el Departament d'Igualtat i Feminismes, de reconeixement de la necessitat de revisió dels processos, així com esperançada i impulsada pel compromís del Govern de la Generalitat de Catalunya amb la transformació feminista per garantir els drets humans.

1. Aproximació i definició del fenomen.

a. *Necessitat d'estudis qualitatius i quantitatius del fenomen de les violències sexuals a Catalunya.*

El primer aspecte que hem de destacar a l'hora de realitzar una aproximació a la realitat de les violències sexuals (en endavant, VS) a Catalunya és la manca de dades sobre aquest fenomen. En aquest sentit, cal posar en relleu que l'última enquesta de Violència Masclista que es va fer a Catalunya data de l'any 2016, on no es recullen resultats desagregats ni específics de violències sexuals, la qual cosa comporta a la invisibilització d'aquest fenomen i demostra, de nou, que no existeix un abordatge específic. Així doncs, destaca **la necessitat de realitzar estudis de tall quantitatiu i qualitatiu dirigits a dimensionar el fenomen a Catalunya com a acció imprescindible per definir respostes adequades.**

Per tant, caldria que aquests estudis tinguin un major abast, més enllà de les dades relatives a les denúncies perquè no permeten dimensionar la realitat d'aquestes violències quedant infrarepresentada i resultant insuficient. **Un altre dels elements a tenir en compte** en els estudis

sobre VS és la manera en que la percepció de les mateixes condiciona i limita la definició que fem de violència sexual. És a dir, el com definim les violències sexuals condiciona el si podem identificar-les i recollir dades realistes sobre la seva incidència i abast. Els estudis sobre violències sexuals haurien d'incorporar implícitament una perspectiva de gènere, centrant el reconeixement que existeix un biaix androcèntric i un impacte de del context de cultura de la violació, que té com a resultat que s'obviïn i es desatenguin les complexitats de valoració de les violències sexuals considerant l'impacte que aquests produeixen en els mateixos estudis sobre les violències sexuals, en obviar i desatendre la complexitat de la capacitat de detecció i diagnòstic.

Seguint les recomanacions de la CEDAW recollides en el document Proposta de Model entorn la necessitat de generar dades per a l'aproximació al fenomen de les violències sexuals, **seria necessari que els estudis quantitatius i qualitatius incorporin els següents elements:**

- El nombre de denúncies de totes les formes de violències contra les dones per raons de gènere, inclosa la violència exercida mitjançant l'ús de les tecnologies.
- El nombre i tipus d'ordres de protecció dictades.
- Taxes de desestimació i retirada de denúncies.
- Taxes d'enjudiciament i condemnes.
- La durada dels processos judicials.
- Informació sobre la relació entre víctima o supervivent i el o els autors.
- Factors de discriminació interseccional i variables sociodemogràfiques rellevants.
- Condemnes imposades als autors.
- Les reparacions, en particular les indemnitzacions, concedides.
- El nombre de dones ateses per violències sexuals sense denúncia previa
- Nombre de registre de persones que han patit o pateixen violències sexuals de manera reiterada a les seves relacions afectives-sexuals
- Afectacions de les persones víctimes de violència masclista.

Cal destacar, també, la importància de desenvolupar estudis que permetin recollir informació concreta i exhaustiva entorn les violències institucionals. Aquesta informació aportaria un gran valor per a la definició i concreció dels protocols i només així es podria fer una correcta rearticulació d'aquests, fonamentada en un enfocament interdepartamental en l'abordatge de les VS.

En aquest sentit, i en relació amb l'abordatge que planteja aquest document, **la recol·lecció de dades no es pot limitar a l'àmbit judicial, ni l'abordatge en l'àmbit de la salut, ha de ser en aquesta línia** ja que això representaria una reafirmació de l'enfocament limitat que es vol superar. Així, aquesta recollida de dades mitjançant estudis qualitatius i quantitatius s'hauria d'inserir al propi sistema de Salut, és a dir, a través de mesurar la capacitat de detecció, atenció i resposta del propi sistema i des de la posició de les i els professionals de la xarxa d'atenció a les persones i la seva pràctica diària, la qual cosa es relaciona de manera directa amb la revisió i

l'enriquiment de la conceptualització que es desenvolupa a l'apartat següent i que pretén superar les limitacions imposades per la intervenció centrada en els casos aparentment més greus que són atesos des dels serveis d'urgències. Per fer-ho efectiu, es recomanaria que **aquest estudi en relació a les violències sexuals a l'àmbit de salut fos emmarcat en l'avaluació de la detecció i l'acompanyament a les persones, majoritàriament dones, amb un enfocament centrat en la complexitat i diversitat tant d'aquestes com de les violències masclistes, i específicament les violències sexuals, que es poden detectar i donar resposta a través dels diferents serveis de la xarxa de salut pública.**

Algunes de les informacions que es podrien recollir en aquests estudis, serien:

- Grau de consciència i coneixement del fenomen de les VS per part de les i els professionals.
- Delimitació i avaluació dels tipus i la incidència de les creences que limiten la detecció de les VS dins el sistema de Salut.
- Indicadors de VS que identifiquen els i les professionals.
- Impacte percebut de les VS en la salut de les dones per part de la xarxa de professionals.
- Nivell de les eines i capacitats que s'autoatribueixen les professionals per a la detecció i l'acompanyament de les dones que pateixen o han patit alguna o varies VS.
- Recollida de les necessitats expressades per la xarxa de professionals d'atenció a les persones en relació a l'abordatge de les VS.
- Avaluació de l'impacte en la salut i el benestar de les i els professionals de la tasca d'acompanyament a les persones en situació de VS i de les limitacions en l'abordatge de les mateixes.
- Grau de coneixement i recursos per incorporar la perspectiva interseccional i de cicle vital en l'abordatge de les VS per part de les i els professionals.

b. Revisió i enriquiment de la conceptualització del fenomen de les violències sexuals.

La definició d'un concepte o fenomen comporta necessàriament emmarcar-lo, limitant i delimitant així, la diagnosi que pot fer-se des d'aquest marc, incidint en l'abordatge i els resultats. En aquest sentit, cal tenir present que el simple fet de definir és una acció molt important i essencial que pot esdevenir un acte de transformació *per se*.

Amb aquest document es vol aportar una definició prou àmplia i concreta per garantir una bona diagnosi del problema sense deixar-nos a cap persona o situació exclosa. Entenem que, **en coherència amb aquest plantejament, les violències sexuals han de ser definides sobre la base del pensament feminista que suggereix la revisió constant** de la terminologia per tal d'afavorir la visibilització de la problemàtica i la generació d'un posicionament institucional, professional i dels diferents agents socials, de rebuig i tolerància zero envers les violències sexuals en totes les seves diverses expressions i contextos de manifestació.

Per què en plural? Parlar de violències sexuals i no de violència sexual respon a la necessitat de fer visible la gran diversitat de formes que poden tenir i també busca posar en relleu el fet que no hi ha un únic perfil de persona agredida, ni una única manera d'afrontar la violència viscuda, ni una única manera d'abordatge per tots els casos. Les formes en que es manifesten de les violències sexuals varien segons els contextos i les persones, fet que complica delimitar-les per la seva diversitat intrínseca i per la pròpia diversitat de les persones, així com l'heterogeneïtat de les afectacions generades per la situació traumàtica viscuda. **Aquestes dificultats, evidenciades davant la presa de consciència de la complexitat del fenomen, ens afronten, en conseqüència, a l'oportunitat d'ampliar la mirada cap a les violències sexuals i així també el posicionament des del que enfoquem les accions de prevenció, atenció, recuperació i reparació.**

Un altre dels elements clau a l'hora de definir les violències sexuals és precisament eliminar la creença que una agressió sexual només té efectes sobre la salut en el moment en el qual succeeix o posteriorment però de manera molt específica i temporalment limitada. Com hem vist, una conceptualització molt estesa que ha impregnat les línies d'acció del protocols és la que només permet fer un abordatge a l'atenció específica de la violència sexual en un període molt curt de temps una vegada produïda i amb només en certes formes de violència, fonamentalment en aquells casos més greus sustentats per la recollida de proves de fets delictius.

Per tant, **és necessari ampliar l'enfocament i incorporar la consciència que les VS tenen efectes profunds i greus sobre la salut física, psíquica i emocional, de totes les persones, especialment les dones i la infància i l'adolescència, encara que aquestes violències no hagin estat reconegudes com a tal**, ja sigui en el cas que s'hagi realitzat una intervenció d'urgència en el moment immediat després que produeixen però també si s'han produït fa molts anys o dins d'una relació de parella en la que mai hi ha hagut una identificació per part de la dona, de l'existència d'algunes de les formes d'aquestes violències. Incorporar els efectes més visibles, com els físics o l'estrès post-traumàtic ha estat possible seguint les definicions limitades amb què ens regiem fins ara, però és clau aprofundir en els impactes més invisibles i obviats en el marc d'anàlisi imposat pel propi sistema patriarcal, com són les conseqüències que impedeixen un desenvolupament ple de la sexualitat i la integritat de la dona, obstaculitzant el seu dret a conèixer i gaudir de la seva sexualitat i, en definitiva, trencant el seu dret a incorporar l'estima al propi cos i la sexualitat com a una part essencial de sí mateixes.

Aquestes afectacions a la salut integral de les dones s'han de tenir en compte des del primer moment de la conceptualització de les VS quan ens enfoquem en aquest fenomen, fet que permetrà, **la presa de consciència sobre el canvi en la mirada dels processos de recuperació que, amb freqüència, són de durada molt llarga.** És per aquest motiu, que una definició del fenomen més acurada, hauria d'incorporar la realitat que moltes vegades, **la identificació de la necessitat de suport o el reconeixement de la violència viscuda, es pot donar anys després d'haver patit les agressions però, tot i així, el trauma viscut, impacta greument l'esfera vital**

de les dones i continua generant efectes perjudicials en la seva salut, en sentit ampli. Per altra banda, aquesta definició, hauria de ser prou àmplia per contemplar la situació d'indefensió i bloqueig que, per la seva banda, pateixen la infància i l'adolescència i que, només en un percentatge molt baix dels casos, es manifesta de manera aguda als centres sanitaris d'atenció a les urgències o és identificada als centres d'atenció primària ja que, en la majoria dels casos, per ser evidenciades i ateses requereixen de professionals amb una mirada sensible, especialitzada i orientada als senyals d'indicadors d'aquests tipus de violències, sovint cronificades i silenciades pel vincle proper de la nena o el nen amb la persona agressora.

Com s'ha plantejat prèviament, a l'anàlisi documental, la manca de definicions prou riques, àmplies i integradores deriva també en què sovint es patologitza, psiquiatritza i medicalitza a persones que han estat agredides sexualment perquè els símptomes que mostren són relatius a la salut mental i, d'aquesta manera, també són derivades a unitats de salut mental sense perspectiva de gènere, amb grans mancances de coneixement i especialització en l'atenció de les agressions sexuals. Així mateix, aquesta limitació conceptual facilita que moltes de les dones que es troben dins el circuit de salut mental i que han patit violències sexuals al llarg de la seva vida, sovint no han rebut un acompanyament a la identificació i el tractament per a la recuperació dels danys en la seva salut global. **Per tant, la definició de les Violències Sexuals i la formació de les persones professionals ha d'assegurar que es reconguin les múltiples formes i àmbits en que es produeixen, els efectes que tenen a llarg termini i l'afectació en múltiples àrees de la persona, entrelaçades per si mateixes i que necessiten un abordatge específic que contempli i recongui la seva transversalitat. Així com, assegurar una perspectiva i metodologia que es fonamenti en els pilars d'una intervenció amb mirada feminista, de cicle vital, interseccional i drets humans, tant en la prevenció com en la detecció, valoració i atenció d'aquest tipus de violències.**

Cal partir de la realitat que les Violències Sexuals, així com les altres formes de violències masclistes, encara són normalitzades, invisibilitzades i impulsades a tots els nivells de la societat. El sistema de salut també ha rebut l'impacte dels discursos hegemònics i ha normalitzat diferents expressions violentes relatives al cos de les dones, entre les quals es pot destacar la violència obstètrica o la medicina androcèntrica. Alguns exemples, sobre com les violències masclistes estan presents al sistema de salut serien la negació implícita de la sexualitat de les dones, la qual ha deixat fora del seu àmbit d'acció, conceptes com el desig, el plaer i les seves pròpies necessitats. Totes aquestes creences, fortament integrades, han emmascarat la detecció de consentiments forçats i/o fruits de la manipulació emocional pel que, també, han quedat invisibilitzats els efectes físics, psicoemocionals i socials de les violències sexuals. El domini del model patriarcal, també ha induït una legitimació exclusiva de les afectivitats i sexualitats normatives, fet que per exemple, obstaculitza una prestació de serveis equitativa, adequada i justa a les persones que no segueixen els patrons heterosexuels o la monogàmia als serveis de ginecologia, estenent-se sovint en aquests àmbits enfocaments implícitament moralistes que indueixen a una sobreexposició i justificació sobre la pròpia intimitat per part de les dones.

També, un altre dels grans elements del biaix androcèntric patriarcal que ha impactat a la medicina i el sistema de salut, és la idea que la sexualitat femenina desapareix en un moment determinat del cicle vital, el que facilita que es generi la creença que les dones grans no pateixen aquest tipus de violència i limitant greument la seva identificació i atenció.

A partir d'aquestes reflexions seria important, **incorporar el reconeixement de l'impacte d'aquesta mirada patriarcal de manera especial en la conceptualització de les VS i el plantejament del sistema de serveis, observant com el propi sistema sanitari també està fortament influenciat pel model heteropatriarcal imperant, així com incorporar el reconeixement dels efectes generats per la confluència dels factors que apunta la teoria interseccional, com a eina d'anàlisi que permet identificar els diversos eixos de desigualtat i opressió que impacten els col·lectius i les persones de manera diferenciada.**

2. Abordar la Normalització i Homogeneïtzació dels protocols i els circuits.

Tot i que, el Pla de Govern de la XIV legislatura de la Generalitat de Catalunya preveu l'elaboració i implementació d'un model d'abordatge de les violències sexuals, a Catalunya no hi ha encara un model d'abordatge unificat de les violències sexuals, facilitat en gran part a la fragmentació que existeix en la visió de les violències sexuals i el reduccionisme en la definició d'aquestes que ha estat vigent durant molts anys. Aquesta fragmentació té les seves arrels al paradigma presentat per la tipificació penal dels delictes contra la llibertat i indemnitat sexual, la qual ha estat analitzada en aquest document i que suposa una limitació a l'hora de desenvolupar lleis i normatives amb perspectiva de gènere per a l'abordatge de les violències sexuals.

La normalització i homogeneïtzació dels protocols i els circuits contra les violències sexuals és un dels grans reptes de l'abordatge d'aquestes un cop identificades les necessitats de transformació i d'ampliació de la mirada plantejada. Amb el temps, l'existència de diferents protocols i circuits d'abordatge de les violències sexuals per cada municipi ha evidenciat diversos reptes que es manifesten amb alguns impactes concrets com:

- a. Desconeixença dels hospitals i serveis de referència davant les agressions: per exemple quins hospitals compten amb serveis de medicina forense per casos de supressió química de la voluntat o per realitzar estudis forenses en casos de violació?
- b. Desconeixença de saber a on adreçar-se en cas d'una agressió sexual.

La normalització d'un únic protocol requereix de la presa de consciència de la diversitat territorial existent i la manera en què aquesta pot ser una font generadora de desigualtats en l'atenció a les persones. Les especificitats dels territoris han estat tradicionalment desateses i, en conseqüència, han promogut l'inequitat en l'accés i la garantia dels drets sexuals i reproductius de la ciutadania, produint una bretxa urbana-rural.

També, la diversitat territorial interactua i es manifesta juntament amb altres factors de desigualtat, com la procedència per origen o cultura de les persones ateses, la seva edat, el seu

context socioeconòmic i laboral, la seva identitat afectiva i -sexual, factors que la mirada interseccional assenyalen, tal i com s'ha dit prèviament, com a elements d'opressió que s'interrelacionen i impacten en les persones en general i, específicament, en aquelles afectades per alguna o varies formes de violències sexuals.

L'homogeneïtzació i la unificació dels circuits ens afronta, a més del tema de la territorialitat, al repte d'incorporar una mirada transformadora de la salut, entenent que la diversitat dels contextos i els efectes dels factors que assenyalen la interseccionalitat impacten en les persones d'una manera global a tots els nivells que les conformen, com el físic, el mental, l'emocional i el social, i ho fan d'una manera que és única i exclusiva per cadascuna d'elles, ja que les persones som diverses. Així doncs, **l'atenció a la bretxa territorial i els diferents factors d'opressió, i la incorporació de la perspectiva de salut global, esdevenen elements clau en la proposta d'homogeneïtzació i unificació dels protocols i els circuits.**

Adonar-nos de quina manera la definició d'un fenomen limita l'actuació sobre aquest, és molt important. Per això, entenem que l'enfocament de l'estratègia, com s'ha comentat, ha de comptar amb una definició prou àmplia i concreta que garanteixi l'atenció correcta a totes les formes de les violències sexuals, en tots els contextos i amb totes les persones, especialment aquelles sobre les que impacten factors de desigualtat, com la desigualtat de gènere, i els altres que apunta la teoria de la interseccionalitat. **Per ser transformadora i permetre una evolució i desenvolupaments consistents i permanents, la definició de les violències sexuals ha de ser dinàmica, és a dir, ha de ser avaluada de manera constant.** Aquesta revisió dinàmica i flexible servirà, per exemple, **per incorporar a la compressió d'aquestes violències els nous espais i expressions en que es manifesta i que no es contemplaven, com seria el cas de les violències sexuals a l'espai virtual i els efectes que té sobre la salut de col·lectius concrets, com la infància i l'adolescència, generacions en que s'estan manifestant canvis radicals en els contextos i els codis d'interrelació habituals que s'han d'entendre i atendre específicament des d'aquesta mirada viva de la conceptualització de les violències sexuals.**

La definició de les violències sexuals, així com les violències masclistes en general, ens ha de portar, doncs, a visibilitzar el seu caràcter estructural, el que facilita també reconèixer, parlar-ne, atendre i actuar sobre les que tenen lloc també en les institucions i als espais comunitaris. En aquest sentit, sorgeix el repte de, no només identificar i respondre a aquestes formes de violència com pot ser la revictimització de les dones, la infància i l'adolescència que pateixen alguna agressió sexual, sinó que emergeix també la necessitat de transformar l'enfocament del sistema de salut cap a un espai amable d'acollida, acompanyament i cura de les persones que han viscut violència sexual.

Amb aquest plantejament, és evident que **la generalització conceptual i una nova normalització, inclusiva i flexible, respecte les especificitats de cadascun dels contextos i persones que conformen Catalunya, és un dels principals camins a recórrer.** És a dir, articular un enfocament interseccional que, no només s'aplica a l'hora de parlar sobre les persones

susceptibles d'accedir als serveis, sinó també apunta als contextos en els quals aquests serveis s'aterren i desenvolupen.

En aquest sentit, alguns dels elements genèrics a considerar en el moment de concretar l'estratègia i les seves eines de desenvolupament com DO o protocols, podrien ser:

- Superació de la bretxa urbana/rural i les desigualtats associades en recursos materials i humans.
- Atenció a l'especificitat de les violències sexuals al llarg del cicle vital. Els protocols haurien d'englobar les violències sexuals entenent que aquestes es manifesten de maneres diverses al llarg del cicle vital alhora que prenen diferents formes durant el mateix, amb especial consideració de la infància i l'adolescència, i les dones grans.
- Generació de documents accessibles per a la ciutadania. Els protocols i els circuits haurien de ser coneguts per la ciutadania i aquesta hauria de poder accedir a la informació mitjançant materials accessibles en diferents plataformes i idiomes, també en format imprès, difonent-los als espais comunitaris en que viuen i es desenvolupen les persones.
- Els protocols haurien de néixer del compromís públic i institucional, així com polític, d'eliminar els processos de revictimització i garantir així el benestar i els drets sexuals i reproductius de les persones que han patit violències sexuals. L'obligació de diligència deguda i el compromís contra la revictimització suposa necessàriament garantir, també, l'eliminació de les violències institucionals que tenen lloc en l'abordatge de les violències sexuals.
- Els protocols i serveis necessitarien reforçar els processos de prevenció, detecció i seguiment dels casos, el que requereix d'una formació especialitzada al col·lectiu de professionals dels serveis de salut, tant generalistes com especialitzats.
- Així mateix, caldria incorporar a la resposta institucional la informació dels altres agents i àmbits en que es treballa i es desenvolupa la resposta a les violències sexuals, com l'espai comunitari i la seva xarxa.
- De manera transversal a qualsevol protocol, prioritzar el benestar i la voluntat de la persona agredida per sobre de la centralitat de la qüestió penal i l'assoliment de proves.

3. Desplaçament del focus de l'atenció sanitària- Un nou paradigma d'atenció integral.

En línia amb l'enfocament de les VM que descriu el Model, **es valora com a prioritat urgent, desplaçar el focus de la intervenció sanitària, de la consecució de proves per a un procés jurídic penal i l'atenció a casos aguts, a un posicionament del sistema sanitari que posi al centre el benestar i la salut mental, física i emocional de les dones agredides, partint de l'escolta activa de la voluntat personal, la situació en què es troba aquesta, les necessitats que presenta i creant el un entorn de cura perquè les dones es puguin sentir acollides i segures, en aquests moments de tanta vulnerabilitat.**

És per això, que es recomana la revisió profunda i exhaustiva dels protocols vinculats als processos mèdics forenses, amb l'objectiu de garantir, en tot moment, els drets sexuals i reproductius, així com la salut entesa com l'equilibri físic, mental i emocional de les dones agredides, posant l'èmfasi a visibilitzar i atendre, els efectes i l'impacte que té per a les dones que reben atenció el propi procés de reconeixement, la manifestació de la violència patida i la seva incorporació al circuit de denúncia.

En coherència amb les necessitats identificades, cal assenyalar que aquestes suggereixen la necessitat d'un reforç dels recursos materials i humans vinculats a la introducció de la perspectiva de gènere, de cicle vital i de la psicologia, amb un enfocament feminista i de drets humans de les dones.

Aquest desplaçament del focus de l'atenció sanitària i els reptes que suposa, es podrien especificar i desenvolupar expressament al DO que cimentés la concreció de l'estratègia, el que requeriria també cobrir la necessitat de desenvolupar aquest treball des d'una Taula Interdepartamental en coherència amb l'enfocament transformador del paradigma d'abordatge de les VS que descriu el Model i que prioritza el vincle i el benestar de la víctima a tots els nivells.

Algunes de les propostes per fer efectiu aquest canvi de focus, seria:

- Reprendre la mirada de la salut, com l'equilibri físic, mental i emocional, de les persones. I oferir la capacitat professional necessària perquè les pràctiques professionals, siguin del tipus que siguin i en tots els Departaments i/o serveis existents, contemplin aquesta globalitat i actuïn en concordança i interdepartamentalment amb d'altres professionals, per aconseguir aquest equilibri i afavorir d'aquesta manera al benestar de les persones a través de la seva salut.
- Posar el centre del missatge del Departament de Salut la prioritat d'atendre les necessitats de les dones que han patit o pateixen algun o varis tipus de VS.
- Facilitar un acompanyament que impulsi la presa de contacte amb la voluntat de la dona a cada moment del procés, donant-li el protagonisme en totes les fases.
- Incorporar una mirada de processos individualitzats, lluny d'enfocaments d'abordatge estandarditzats que no reconeixen la necessària flexibilitat de la intervenció i no contemplen la interseccionalitat.
- Descriure el desenvolupament dels processos d'atenció amb amplitud, atribuïnt a la consecució de la prova una rellevància més vinculada als efectes psicoemocionals en la dona que a les estratègies per aconseguir-la, és a dir, posar la mirada en l'impacte que en la salut de les dones el procediment de consecució de proves.
- Atendre els casos de violències sexuals, des d'una perspectiva d'atenció integral implica, independentment de la gravetat diagnosticada, contemplar i tenir accés a una atenció especialitzada en violències sexuals, en tots els casos que es presentin aquest tipus de violències,

no només els de major gravetat.-Facilitar que la xarxa de professionals facin un canvi d'enfocament de la seva posició i enriquiment de la seva mirada cap a una priorització de l'empatia, l'escolta activa i la creació conjunta de plans d'acció entre la persona professional experta i la persona que ha estat agredida com a protagonista del seu procés.

-Interpel·lar el col·lectiu de professionals sobre la seva importància en la transformació de la perspectiva d'abordatge per aconseguir garantir els drets sexuals i reproductius de les dones.

4. Elements operatius concrets per implementar al Sistema de Salut.

a. *Cribratge Universal*

L'eina de cribratge com a instrument fonamental apareix en diferents documents analitzats. D'una banda, un dels elements destacables de l'exemple de bones pràctiques que es realitza i queda reflectit en el Document ViB és la implementació del cribratge universal. D'altra banda, com mostra el Document de Cribratge, **existeix un clar debat sobre si l'eina del cribratge s'ha d'implementar de manera universal o selectiva.**

Després de l'anàlisi, es valora que la millor opció seria generar un programa pilot de cribratge universal aplicable a diferents realitats i contextos geogràfics. **L'aposta pel model universal respon al fet que el cribratge selectiu presenta uns riscos que no poden ser assumits perquè poden posar en perill el benestar físic, psicològic i emocional de les persones.** En aquest sentit, cal considerar que el cribratge selectiu es regeix i s'aplica seguint uns indicadors de sospita que corren el risc d'estar esbiaixats, caure en mites i reproduir estereotips, així doncs, el disseny d'un cribratge universal hauria de contemplar aquestes limitacions i riscos i fonamentar-se en conceptualitzacions àmplies i consensuades, com s'ha referit anteriorment. A més, en relació a les violències sexuals, la manca de consideració dels efectes psicològics i sobretot emocionals de les dones, així com dels efectes a llarg termini, provoca que aquest tipus de violències quedin subrepresentades o excloses de les eines de cribratge.

Per aquest motiu es recomana que el DO busqui generar una estratègia de pilotatge que inclogui un pla de treball i unes línies operatives per a l'avaluació d'una aplicació de cribratge universal que contextualitzi les violències sexuals com a problemàtica estructural específica que cal abordar, partint d'una definició àmplia que englobi el més exhaustiu ventall de formes, àmbits en que aquestes es manifesten, i els seus efectes a curt i llarg termini.

Un cribratge universal **és una eina possible d'implementar en el sistema de salut com a eina de prevenció i detecció de violències masclistes.** Especialment, en el cas de les violències sexuals, pot ser implementada com a detecció de violències **sexuals independentment del moment en què aquestes s'hagin produït i incorporant també d'aquesta manera la perspectiva de cicle vital.**

El cribratge universal constaria de la realització de determinades preguntes de manera sistemàtica en les consultes mèdiques relacionades amb símptomes físics, psicològics i

emocionals que hagin pogut ocasionar diferents tipus de violències sexuals, preguntes que haurien de ser incorporades dins la conversa amb la persona atesa d'una manera no interrogant ni indagatòria, sinó com a resultat del vincle de confiança establert amb la o el professional. Així com moltes persones agredides no s'adrecen a serveis especialitzats de violència sexual o no són capaces d'identificar episodis de violències sexuals; aquesta eina ajudaria a fer emergir casos invisibilitzats i facilitaria una atenció correcta a la persona agredida.

Partint de la realitat que la majoria de les violències sexuals no són puntuals o esporàdiques, resulta coherent que els seus efectes poden aparèixer a llarg termini i en aquest sentit el cribratge universal esdevé una eina útil, per realitzar un abordatge correcte. És necessari destacar que les violències sexuals que no afloren en el moment precís en el qual es produeix l'agressió són difícils de visibilitzar, així com, moltes vegades ni tan sols són conceptualitzades com a tal per part de les persones que les pateixen. Per aquesta raó, **el cribratge universal es posiciona, com a solució per abordar de manera adequada les violències sexuals, contribuint a evitar la sobremedicalització i la individualització de les problemàtiques psicosocials, i facilitant un procés de presa de consciència i identificació per part de la persona agredida, el que incrementaria les opcions d'iniciar processos de recuperació i reparació.** Així mateix, contribuiria a evitar diferents tipus de revictimització i violència institucional per part de les i els professionals, al tenir la formació i la sensibilitat suficients per explorar correctament les VS i promoure els vincles amb les persones a les que acompanyen.

D'aquesta manera, aquest cribratge universal afegiria sentit a un altre dels elements clau que es proposen i que es descriu a continuació: la formació especialitzada de professionals.

b. Formació especialitzada.

La recomanació d'una formació especialitzada parteix de la necessitat de garantir l'erradicació dels processos de revictimització, les violències institucionals i les invisibilitzacions, així com garantir la incorporació d'un enfocament centrat en el benestar físic, emocional i psicològic de les persones, independentment de la seva edat i característiques individuals, i la defensa dels seus drets sexuals i reproductius com a drets humans.

Des d'aquest nou paradigma esdevé essencial un programa de formació especialitzada en perspectiva de gènere i violències masclistes, i amb especificitat a les violències sexuals, de tot el col·lectiu de professionals de l'àmbit de la salut en les seves diverses àrees i serveis: atenció primària, centres hospitalaris, salut mental, SEM, pediatria, entre altres. També s'inclouria la formació a professionals de l'àmbit de la cura de persones amb dependència com les persones grans amb deteriorament físic o cognitiu o les persones amb diversitat funcional que requereixen d'un suport específic. Cal destacar aquí la iniciativa aportada en el document Proposta de Protocol relativa a la selecció i formació especialitzada a mèdiques forenses per tal d'ampliar els seus recursos d'atenció a les persones agredides incorporant la mirada al seu benestar integral, al reconeixement dels efectes psicoemocionals del procés d'exploració i

recollida de proves, i l'assoliment d'eines per realitzar un acompanyament sensible i enfocat al benestar i la voluntat de la persona atesa.

En aquest sentit, alguns dels elements clau per a assegurar l'eficiència d'aquestes formacions podrien ser:

- Formació continuada, transversal i permanent als programes dels i les professionals de la Salut a tots els serveis i nivells d'atenció de la xarxa.
- Incorporació de la perspectiva feminista, impartida per professionals amb especialització en la matèria i amb orientació a una mirada de les violències sexuals com una problemàtica estructural.
- Formació basada en el marc de cicle vital, visibilitzant els factors de desigualtat que impacten en les diferents etapes de la vida, la importància d'atendre les característiques i riscos específics en les diferents etapes i moments evolutius (com la vulnerabilitat i el risc de manca de detecció de les violències sexuals en la infància o en les dones grans, etc.), la influència de les diverses cultures generacionals en el fenomen de les violències masclistes, els riscos específics en les diferents etapes del cicle vital.
- Formació que incorpori la mirada interseccional, segons la qual el fenomen de les violències masclistes, i específicament les violències sexuals, s'interrelaciona amb d'altres factors de discriminació i opressió que impacten a les persones i produeixen un afectació en la seva salut a tots els nivells (físic, psicològic, emocional i social).
- Formació que contextualitzi i fonamenti l'atenció a les violències sexuals com a una qüestió de drets humans i en concret de drets sexuals i reproductius, interpel·lant a la responsabilitat professional del col·lectiu sanitari en el seu garantiment des de la seva pràctica i l'ètica de la cura.
- Formació orientada a un enfocament d'atenció individualitzada i fonamentada en les necessitats i la voluntat de les dones i les seves filles i fills.
- Formació centrada en la persona i en el seu benestar físic, psicològic i emocional, amb un enfocament a la reflexió constructiva sobre el concepte de salut, l'impacte dels elements socials estructurals (com el masclisme, l'edatisme, el capacitisme o el racisme) i les estratègies per definir l'abordatge de les violències sexuals des d'un acompanyament que prioritzi el vincle i el protagonisme de les persones ateses en el seus processos de recuperació i reparació.
- Formació que promogui les aportacions i la reflexió crítica de les i els professionals de la xarxa sanitària entorn l'abordatge de les VS, promovent el seu protagonisme des del treball directe d'atenció a les persones.

c. Cura de les professionals.

En la línia de les propostes del Model, **és una de les prioritats de l'abordatge de les VS** des del Departament de Salut. Així doncs, **l'enfocament de la cura de les i els professionals requereix, en primer lloc, el reconeixement i la visibilització de l'impacte en la salut i el benestar que les tasques d'atenció, acompanyament i suport produeixen en les persones que tenen l'encàrrec de proveir-les. La presa de consciència dels efectes en la salut que es deriven de la tasca del col·lectiu professional implica**, també, un gran pas en el canvi de paradigma de la salut proposat, trencant el mite del rol professional asèptic, inalterable i omnipotent, cap a **una mirada més humana i conscient dels efectes psicoemocionals de la tasca d'acompanyament** i que es relacionen, d'una banda, amb les pròpies dificultats que afronta el sistema (sobrecàrrega dels serveis, manca de formació de les i els professionals, etc.) i, d'altra banda, amb l'impacte per l'empatia i els mecanismes de auto-responsabilització personal que faciliten l'aparició i manifestació de trastorns vinculats amb la simptomatologia del Burn-out, l'ansietat o la depressió, d'entre diverses afectacions.

Amb la mirada posada en la cura de les i els professionals, algunes de les propostes a realitzar serien:

- Facilitar recursos de suport psicoemocional a les i els professionals, amb especialització en l'impacte derivat de la tasca d'acompanyament a les persones en situació de VS (i de VM en general).
- Posar a l'abast de les i els professionals espais de reflexió entorn les estructures que sostenen el model social de les desigualtats de gènere com arrel de les VS i el seu impacte en la salut de les persones ateses i del propi col·lectiu professional.
- Transversalitzar i visibilitzar una actitud de tolerància zero envers les VS en totes les seves formes i àmbits al Departament de Salut.
- Impulsar espais de treball coordinat i la supervisió de casos en equip i amb assessorament especialitzat.
- Promoure espais de treball i reflexió professional periòdics i permanents entorn l'abordatge de les VS, garantint la posada en valor i la recollida de les aportacions i el seu impacte directe en la transformació de l'estratègia.
- Promoure els equips de treball de casos, evitant la individualització de la gestió i la responsabilització exclusiva de professionals individuals.
- Afavorir l'abordatge intersectorial en l'abordatge de les VS, incentivant la col·laboració entre els serveis dels diferents departaments i la xarxa de recursos comunitaris d'atenció a les VS que hi treballen.
- Definir i integrar un enfocament no lineal del procés d'acompanyament a les persones que pateixen VS, incorporant el canvi i la imprevisibilitat com a part del procés, instaurant una dinàmica de revisions constants juntament amb la persona atesa, i reconeixent de l'impacte de factors que van més enllà i sobrepassen el control professional.

- Prioritzar amb les professionals l'enfocament a la vinculació de les persones ateses pel sistema de salut i la confiança en el respecte i el protagonisme de la seva individualitat. Posar una atenció específica a la salut de les dones professionals i el possible doble impacte en la seva salut derivat, per una banda, de l'exercici de la seva tasca i, d'altra banda, com a col·lectiu de risc en relació a les VS pel fet de ser dones.
- Creació d'activitats i espais d'autocura on les professionals puguin regenerar-se i tenir cura de sí mateixes, per garantir una millor satisfacció personal i com a conseqüència una millor atenció cap a les persones.

d. Acompanyament.

Es recomana reforçar la figura d'acompanyament especialitzat per part de les professionals per evitar revictimitzacions i violència institucional. Aquestes figures haurien de tenir una formació específica en gènere, violències masclistes i violències sexuals i un enfocament feminista d'abordatge integral d'aquestes violències com vulneració de drets humans de les dones.

Aquesta figura especialitzada esdevindria clau per tal de no seguir reproduint processos revictimitzants que suposen un risc de generar un trauma i/o agreujar la simptomatologia d'indefensió i/o incrementar el bloqueig de la seva voluntat durant el procés. La proposta d'un acompanyament especialitzat suposaria, doncs, la garantia del respecte dels drets de la persona agredida. És a dir, en comptar amb professionals amb capacitat per fer el suport i acompanyament especialitzat, es podrien evitar les preguntes irrellevants i revictimitzants que poden tenir lloc en les exploracions, així com, en les entrevistes o posteriorment en el seguiment. Aquestes figures contribuirien, en definitiva, a garantir la no infantilització de la persona agredida, a canalitzar l'expressió i respecte a la seva voluntat en l'atenció sanitària d'una agressió sexual on es donen moments de crisi i desbordament psicològic i emocional.

L'acompanyament en aquest context hauria de ser:

- Especialitzat i amb perspectiva feminista.
- Respectuós amb l'autonomia de la persona agredida.
- Sensible a la mirada interseccional segons la qual diferents factors poden facilitar que s'afegeixin desigualtats en l'abordatge de l'atenció a la persona (p.ex. dones migrades, nenes, dones grans, dones amb algun tipus de discapacitat...).
- Enfocament a la defensa i garantiment dels drets sexuals i reproductius vetllant per a que no es produeixin revictimitzacions ni violències institucionals.
- Exempt de qualsevol tipus de paternalisme/maternalisme.
- Enfocat a prioritzar el benestar físic, emocional i psicològic de la persona a la qual s'acompanya i no a la consecució de proves.

e. Pla de contingència.

Un pla de contingència ens assenyala processos i procediments que preveuen respostes adequades davant qualsevol circumstància derivada de les dificultats que pot suposar una estratègia integral d'abordatge de les violències sexuals. D'aquesta manera, idealment el Sistema de Salut comptaria amb els mecanismes necessaris per garantir sempre una correcta aplicació de l'estratègia integral.

Per assolir la versatilitat de l'estratègia, el pla de contingència hauria de tenir en compte:

- Les desigualtats territorials: una valoració prèvia de les potencials dificultats d'implementació d'un protocol facilitaria una proposta del pla de contingència amb mesures correctores si es detecta que s'estan produïnt. Així doncs, una identificació i recull de possibles obstacles d'aplicació en territoris rurals o davant l'impacte de la concurrència de diversos factors vinculats amb la mirada interseccional, facilitaria la resposta i resolució dels reptes.
- Les resistències al canvi emergides de les estructures del model social patriarcal en que els protocols es desenvolupen. En aquest sentit, es recomanaria incloure l'atenció i especificació dels mites i les creences més arrelades en el sistema heteronormatiu, les quals poden ser l'arrel de violències institucionals en el sistema de salut, i els seus diferents nivells i formes de manifestació, des de les més explícites a les més subtils i difícils d'identificar.
- Les dificultats i riscos de desplegament de l'estratègia definida al protocol; en moments i circumstàncies en que no es compti amb recursos humans o els mitjans materials necessaris per a la seva aplicació.
- Reflectir les possibles dificultats a l'hora d'atendre persones en les que la situació presenti una gran complexitat d'interseccions.
- Alternatives a l'estratègia en relació a possibles reptes i que es presentin en el transcurs del seu desplegament, així com eines pel seu seguiment i avaluació per part dels i les professionals de la salut.

f. Reforç específic de l'atenció a infància, adolescència i dones grans.

La incorporació del paradigma del cicle vital en l'abordatge i atenció de les violències sexuals és clau, té una incidència directe tant en la detecció de casos com en el tipus d'atenció que rebren les dones que les pateixen o les han patit. **Implica visibilitzar i posar en relleu l'especificitat de les violències sexuals al llarg del cicle de la vida de les persones** (amb especial atenció a les dones, la infància i l'adolescència) **el que permetrà construir una estratègia coherent i que garanteixi els drets sexuals i reproductius, incorporant l'edat i el moment vital concret com a**

elements clau associats a riscos derivats de les desigualtats i discriminacions per raó d'edat, entre d'altres factors.

Per altra banda, es considera que **el protocol ha de comptar amb eines i definicions pròpies a l'hora d'abordar casos de violència sexual tant en infància i joventut com en dones grans**, destacant l'especial importància de treballar sobre els protocols en el cas de menors d'edat i així donar resposta a problemes encara existents, com el fet que les persones menors no poden denunciar per sí mateixes les violències sexuals que pateixen o han patit sinó que han d'actuar mitjançant les persones tutores o les que les representen legalment. Aquesta qüestió és summament complexa quan les persones agressores són les mateixes tutores o persones properes a aquestes representants legals de les nenes, nens i adolescents. L'enfocament de l'estratègia hauria de comptar amb elements específics que permetin una actuació que garanteixi el benestar de la infància i l'adolescència així com salvaguardi els seus drets sexuals i reproductius de manera íntegra.

Pel que fa a les persones grans, i concretament les dones grans, les situacions de dependència sobrevinguda per malaltia o qüestions vinculades amb el deteriorament progressiu de la seva salut i la seva autonomia a causa del procés natural d'envelliment, també faciliten que es produeixi una dificultat per denunciar situacions d'abús i/o agressió sexual, ja que pot ser que aquesta l'exerceixi la persona cuidadora principal o bé que aquesta sigui qui tindria la possibilitat d'aturar la situació i/o fer la corresponent denúncia del cas, produint-se situacions d'autèntica indefensió i cronificació de les agressions a les dones grans, ja que en aquest cas no només estan exposades a múltiples formes de violència sexual, sinó que també queden excloses de l'accés a la recuperació i la reparació dels danys soferts.

En relació amb les violències sexuals que pateixen les dones grans cal prendre consciència que aquestes són freqüentment invisibilitzades per diferents factors vinculats amb els patrons del masclisme i l'edatisme predominants a la societat i les seves estructures, com la creença que la sexualitat desapareix en un moment concret del cicle vital femení, la més àmplia normalització social de les violències masclistes envers les dones grans, la cultura generacional que fa que les mateixes dones molt sovint la tinguin més interioritzada, la manca d'atenció a la diversitat de les dones grans i que siguin considerades com un grup homogeni, etc. En aquest sentit, el cribratge universal com el treball sobre els mites de la sexualitat femenina en dones grans i en relació a les violències masclistes, i concretament les violències sexuals, poden ajudar-nos a visibilitzar i dimensionar el problema d'una forma més realista.

En aquesta línia i amb una influència directe als resultats, tant per l'anàlisi del fenomen, pel reconeixement i acceptació de les violències sexuals viscudes com de l'abordatge, cal replantejar com des del sistema es recull la informació i es registren les dades amb "cohorts" franges d'edat que no faciliten conèixer en profunditat la diversitat de casuístiques en les dones grans, doncs sovint el registre es realitza unificat a partir dels 65 anys i no podem classificar ni creure que una dona de 65 anys, té les mateixes necessitats, ni es troba en un moment de la seva vida similar a una dona de 92 anys on el component de necessitat de suport genera altres eixos d'anàlisi de les VS a tenir en compte.

A més, seria clau que l'estratègia incorporés l'atenció a l'especificitat dels espais als quals tenen lloc algunes de les violències sexuals cap a la infància, l'adolescència i les persones grans. D'una banda, caldria destacar que la infància i l'adolescència passa gran part del seu temps en centres del sistema educatiu (instituts, col·legis, escoles bressol...). Així mateix, les persones grans, segons en quines etapes de la seva vida i especialment en edats avançades, passen molt temps en casals, centres de dia o es troben institucionalitzades en residències, el que fa urgent posar la mirada a l'impacte de les VS i els riscos que es donen en aquests espais. Tots dos col·lectius, infància i persones grans, estan exposats a rebre diverses formes de violències sexuals en àmbits dels que es consideren tradicionalment privats o amb poca exposició pública, com la família, les institucions de lleure o cura, fet que provoca que el risc de manca de detecció i atenció de les situacions s'incrementi exponencialment.

En relació directa amb l'eina de cribratge, també seria important incorporar l'atenció a la diversitat en la incidència de les violències sexuals al llarg del cicle vital segons la seva tipologia, de manera que es pugui fer una comparativa acurada que permeti observar diferències i tendències que, sense pretendre realitzar una homogeneïtzació dels grups i les formes de les violències sexuals, permeti realitzar un abordatge més ajustat a partir d'assolir un coneixement de la realitat més complert i exhaustiu. És per aquest motiu que **es fa imprescindible una estratègia d'abordatge integral de les violències sexuals que compti amb les especificitats d'aquests contextos i incorpori l'heterogeneïtat dels col·lectius i les persones i que, també aconseguixi millorar i ampliar l'accessibilitat a la xarxa territorial i de serveis.** És important destacar i emfatitzar que les violències sexuals en aquests espais normalment no són accions puntuals o casos aïllats, sinó que es produeixen de manera reiterada i es donen factors diversos que contribueixen a dificultar la seva detecció. En aquest sentit, és precisament l'absència de dades, la prova que hi hagi un índex molt reduït de notificació de casos, difuminant la realitat, perpetuant la seva invisibilització i amagant la seva arrel estructural i en conseqüència reduint i limitant també les opcions de definir respostes adequades als nivells polític, institucional i social.

g. Perspectiva Biopsicosocial d'abordatge de les Violències Sexuals

La perspectiva biopsicosocial fa referència a l'enfocament d'atenció a la salut de les persones a partir de la integració i la interrelació dels factors biològics, psicològics i socials, entenent que hi ha una vinculació directa entre el benestar i la salut de la ciutadania i els models i les estructures socials dominants a cada moment. Aquestes estructures o determinants socials afavoreixen o obstaculitzen l'assoliment d'un estat òptim de salut segons el grau de garantiment dels drets de les persones, promovent en major o menor mesura una vida plena i lliure de desigualtats i violències.

En relació a la definició d'una estratègia per l'abordatge de les violències sexuals, **aquesta perspectiva** del paradigma de la salut **biopsicosocial** qüestiona l'enfocament al·lopàtic de la salut en el nivell exclusivament físic i **recomana incorporar un enfocament integral que englobi la diversitat de les formes i contextos en que es manifesten aquestes violències i fomentant un abordatge en tots els àmbits que es veuen afectats i constitueixen la salut de les persones.** D'aquesta manera, la mirada biopsicosocial permetria reconèixer i articular accions eficaces

davant els impactes de les violències sexuals en sentit ampli, és a dir no només en els episodis aguts, com seria el cas de les lesions físiques per una violació, sinó també en aquelles casuístiques caracteritzades per una cronificació dels maltractaments com podria ser el cas de la negació del cos i de la sexualitat femenina d'una dona gran, esdevingudes arrel dels abusos psicològics i menysteniments constants per part de la seva parella durant 30 anys.

L'impacte de les violències sexuals no és, doncs, una qüestió que s'hagi de mesurar únicament per l'impacte en el cos físic que aquestes puguin comportar, sinó que és necessari tenir en compte la salut psíquica i emocional de la persona agredida, així com, tenir en compte que aquestes violències **moltes vegades queden invisibilitzades i es converteixen en factors de risc per a la salut emocional i psicològica, precisament a conseqüència de les desigualtats afavorides pels factors socials que caracteritzen el model patriarcal.**

La falta d'una perspectiva biopsicosocial en l'abordatge de les violències sexuals, pot produir com s'està veient la invisibilització i manca de detecció de violències sexuals, en casos on la persona agredida té un diagnòstic psicològic i està sent tractada des dels serveis de salut mental, on preval un enfocament aliè a la perspectiva de gènere i interseccional i es prioritza un enfocament focalitzat a la diagnosi psicopatològica. En conseqüència, aquesta mancança també pot suposar, la patologització de persones que han viscut episodis de violència sexual sense contextualització i significació de la seva simptomatologia en relació amb l'episodi traumàtic i injust, per tant, es produeix una violència institucional per la culpabilització implícita de la persona agredida en ser assenyalada com a feble, malalta mental i incapaç, arrel d'una agressió.

El paradigma biopsicosocial aporta, doncs, una resposta a la mirada reduccionista de l'atenció als efectes de les violències sexuals i que sovint acaba en abordatges psiquiàtrics on no s'analitzen suficientment els factors socials o psicològics que poden fer-nos sospitar o identificar episodis d'aquestes violències.

h. Transformació del concepte de salut cap a una mirada integral.

En aquest punt del document, i ampliant l'enfocament Biopsicosocial exposat en l'anterior apartat, la proposta d'encaminar cap a la transformació del concepte de salut inherent al sistema sanitari en el context de l'estratègia d'abordatge de les VS, esdevé evident. L'enfocament tradicional de la salut, emergit de la pressió d'un model social patriarcal dominant, que promou la manca d'apoderament de les persones i que, en conseqüència, històricament ha limitat l'abordatge de la salut a la idea de reparació de la simptomatologia de la persona com a pacient i com a receptores passives de tractaments; ha mostrat reiteradament les seves limitacions per identificar i atendre els processos de patiment i malaltia en relació a l'impacte de les desigualtats i la violència, així com, també s'han manifestat, les mancances que el sistema de salut ha rebut del model social dualista i capitalista que concep les dimensions física i psicològica de manera separada i no contempla o deixa en segon pla la dimensió emocional.

La proposta per articular una estratègia efectiva d'abordatge de les VS des del sistema de salut, s'orienta, doncs, a emprendre l'ambició camí d'integrar una mirada feminista,

fonamentada en els drets humans i multidimensional de la persona, en la promoció de la salut, dins la qual haurien de tenir cabuda i protagonisme la consciència dels determinants, estructures i models socials com a potencials facilitadors del benestar i, també, com a possibles generadors de riscos per a la salut de les persones en termes de vulneració de drets per l'existència de múltiples desigualtats, com la de gènere i les altres que interaccionen amb aquesta. En aquest sentit de la necessitat de transformació de l'enfocament assistencial tradicional, també pren rellevància la presa de consciència del biaix androcèntric que travessa el sistema de salut, pel qual s'apliquen els filtres de la masculinitat hegemònica a tots els àmbits i els processos de l'atenció sanitària, impulsant la invisibilització de l'impacte en la salut de les dones i les seves filles i fills, facilitant la desatenció dels efectes del maltractament als nivells físics, psicològic, emocional i social, i reduint l'abordatge a una psiquiatriització i assignació d'etiquetes psicopatologies a les quals es limita una atenció focalitzada en el símptoma i es corre el risc d'estigmatització de la dona, i les seves filles i fills, des de la vessant exclusivament psiquiàtrica. L'anàlisi i la presa de consciència d'aquest biaix, també, esdevé una aspecte central a incloure a l'estratègia .

Es proposa, també, activar el reconeixement i la resposta a la normalització del cos masculí com a referència exclusiva dels estudis i els enfocaments de salut, ja que té una conseqüència d'afectació múltiple en la salut de les dones a tots els nivells, com la negació i invisibilització de la seva sexualitat i diversitat, o la manca de detecció de les VS per l'estigmatització social d'aquestes violències a excepció del casos aguts.

El canvi de paradigma, a més, i en coherència amb el relat del Model, implica enfocar els esforços des del sistema sanitari a promoure el protagonisme de les persones en l'assoliment de la seva millora i benestar als diferents nivells, partint de l'escolta de les seves necessitats i seguint per un acompanyament orientat a potenciar la responsabilitat individual en la pròpia salut i mitjançant la participació social i comunitària per afavorir la transformació dels valors fomentant els drets humans i la igualtat com a elements centrals del benestar i la salut.

Algunes de les propostes concretes en aquest línia, serien:

- Facilitar una revisió crítica del model biomèdic i el seu impacte al sistema sanitari en relació a l'abordatge de les VS, incidint en l'interès d'ampliar i aprofundir en els orígens de les simptomatologies per a la detecció de situacions de maltractament com a causants de trastorns i malalties en les àrees física, psicològica, emocional i social de les persones.
- Impulsar i transversalitzar la incorporació de les diferents dimensions de la persona com a eixos globals de salut en el treball per una atenció integral en totes les manifestacions dels processos de malaltia, com els efectes directes i immediats que es donen als casos aguts de VS, així com la manifestació d'efectes difosos a mig i llarg termini quan sorgeixen simptomatologies diverses i sovint inespecífiques, facilitades per l'increment multifactorial de riscos derivat del maltractament patit (trastorns digestius, trastorns de l'estat d'ànim com els ansiós-depressius, trastorn ginecològics, fibromiàlgia, trastorns múscul esquelètics, etc.).

- Revisar els protocols d'abordatge hospitalari de les malalties que segreguen i fragmenten el cos humà segons especialitats, dificultant la detecció i l'abordatge de les situacions de VS d'una manera eficaç, integral i coordinada.
- Facilitar al col·lectiu professional formacions específiques sobre l'afectació multidimensional de les VS en les persones, atenent a la mirada de cicle vital, els diferents àmbits i col·lectius en que es produeixen aquestes violències, i el caràcter agut o crònic i les implicacions que aquest factor té en la detecció de simptomatologia de sospita.
- Difondre el rol de l'atenció sanitària, especialment respecte l'acompanyament de les persones que han patit o pateixen alguna forma de violència, en la promoció de l'apoderament de les persones com a eina de salut i benestar, impulsant la seva potencialitat per assolir benestar i desenvolupar-se en entorns lliures de violències masclistes.
- Promoure, a tots els nivells de la xarxa dels serveis de salut, la transformació del model assistencial de tractament de la simptomatologia de la persona pacient cap a un model basat en col·laboració entre l'expertesa de la o el professional, i l'expertesa de la persona atesa en relació a la seva vida, situació i necessitats, per assolir benestar i recuperar l'equilibri.

i. Enfocament específic de la salut de les dones

Identificar i posar al centre l'especificitat de la salut de les dones és una proposta fruit de la presa de consciència de la necessitat de desenvolupar una estratègia d'abordatge de les VS amb perspectiva de gènere, que contribuirà a assolir els objectius d'abordatge de les violències masclistes que apunta el Model, i específicament les violències sexuals.

L'enfocament específic de la salut de les dones des de l'àmbit de salut esdevé una resposta a la manca de perspectiva de gènere en l'enfocament de la seva salut, la qual es deriva del model de salut forçat pel model social patriarcal vigent i, aquest, d'una societat també patriarcal que ha invisibilitzat, invisibilitza, infravalora i estigmatitza aspectes exclusivament propis de la biologia i psicologia de les dones. A més l'altra conseqüència és que s'obstaculitza l'acompanyament professional de les dones en aspectes centrals de la seva salut, com les sexualitat i el plaer, l'atenció a la diversitat dels cicles vitals de les dones (infància, joventut, adultesa, vellesa – etapes premenstrual, menstrual, maternitat, menopausa), o els factors socioeconòmics de desigualtat que afecten la seva salut a tots els nivells (com la feminització de la pobresa i la precarització de les cures) i impedeixen un desenvolupament ple de la seva identitat i les exposen a majors riscos de patir violències masclistes i, específicament, violències sexuals.

Un enfocament de l'abordatge de les VS que reconegui, explori i treballi partint de l'anàlisi de gènere que reconeix l'especificitat de la naturalesa, la l'heterogeneïtat de les dones és, doncs, imprescindible per a una estratègia d'abordatge efectiva i coherent amb el garantiment dels seus drets, amb un enfocament feminista i de cicle vital.

Algunes propostes per incorporar aquesta mirada a l'estratègia del Departament de Salut, serien:

- Impulsar l'anàlisi de gènere, el reconeixement, la visibilització, la normalització i la posada en valor dels cicles vitals de les dones als serveis i els circuits professionals de tota la xarxa sanitària, en el marc de l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius, incidint en la rellevància de considerar-los explícitament en l'enfocament de promoció de la salut i l'abordatge dels processos de malaltia, concretament els derivats de les VS.
- Definir i explicitar les formes i els àmbits de les VS que impacten les dones segons el moment del cicle vital en que es troben, aprofundint, des de la xarxa de serveis de salut, en la necessitat de reconèixer i treballar segons aquestes diferents etapes per garantir la salut de les dones, amb una mirada que reconegui el la dieferència com a col·lectiu heterogeni, sense discriminació per raó d'orientació sexual, identitat de gènere, racisme, capacitisme o edatisme., i amb un abordatge que sigui conscient de les potencials manifestacions de les VS als diferents moments del cicle vital de les dones.
- Fer un anàlisi de gènere, desglossar i descriure amb profunditat les afectacions en tots els àmbits de la salut de les dones als que afecten les VS (físic, psicològic, emocional, social...).
- Facilitar que les i els professionals incorporin a l'acompanyament de les dones la validació i reconeixement dels cicles vitals d'aquestes i les seves especificitats com a recursos on trobar fonts de resiliència i promoció de l'apoderament, la salut i el benestar en els processos de recuperació.

j. Enfocament Interdepartamental i Intersectorial

L'enfocament interdepartamental i intersectorial és una de les propostes que poden facilitar la transformació que proposa el Model en la seva definició. En aquest sentit, **la limitació de competències i la rigidesa dels processos es pot afrontar amb eficiència des de la mirada que, tot i reconeixent els encàrrecs i mandats concrets i diversos dels diferents departaments, sigui conscient de les aportacions que la coordinació i el treball conjunt i coordinat poden oferir a un abordatge integral de les violències sexuals.**

Així doncs, amb aquesta perspectiva de treball i abordatge, **cal remarcar la importància i necessitat de creació i articulació específica d'una Taula Interdepartamental per generar espais de trobada i definició de línies d'acció conjunta (com poden ser protocols), amb representació no només del Departament de Salut, sinó de tots els agents de la xarxa pública amb implicació en l'abordatge de les VS**, com poden ser el Departament d'Educació, Departament de Drets Socials, Departament d'Interior, així com els diferents àmbits d'actuació i òrgans que abasten, com DGAIA, Serveis Socials...

Continuant en aquesta línia i de forma complementària, **es recomana ampliar l'impacte d'aquesta metodologia més enllà de la xarxa pública i que promogui i faci efectiva una coordinació intersectorial, amb implicació dels diferents agents comunitaris que tenen un**

protagonisme i un impacte directe als diferents processos de l'abordatge de les VS. Com , per exemple, la xarxa d'entitats de dones feministes que treballen en els àmbits de la prevenció, la intervenció o la investigació, l'activisme pels drets humans de les dones i la infància i l'adolescència. **El reconeixement i la implicació d'aquesta part de la xarxa, suposaria un enfocament clau per aterrar l'estratègia a la realitat dels diferents territoris tal i com es recomana abordar, facilitaria la construcció de sinergies col·laboratives, a més de garantir el reconeixement i la incorporació de l'expertesa d'aquests agents com a elements clau de valor i necessaris per al desplegament de l'estratègia.**

Algunes propostes per incorporar aquest enfocament, serien:

- Realitzar una diagnosi de la situació del treball Interdepartamental del Departament de Salut en relació a les VS dins l'abordatge de les VM, des de l'anàlisi específic de la variable territorial.
- Desenvolupar un estudi sobre els mecanismes i protocols de coordinació interdepartamental en la gestió dels casos de VS als diferents serveis del Departament de Salut, amb especial interès al nivell de l'atenció primària.
- Incloure dins l'estratègia eines específiques per garantir la coordinació interdepartamental, com la definició d'equips/referents de casos de VS dins les VM als centres d'atenció primària.
- Revisar els canals de comunicació i les eines de gestió de casos entre departaments.
- Impulsar els espais de definició de l'estratègia de coordinació interdepartamental i intesectorial amb la participació directa de les i els professionals que acompanyen a les persones en els diferents processos d'abordatge de les VS.
- Garantir la recollida de necessitats expressades perones professionals (de la xarxa pública i els diferents agents comunitaris) com a recursos d'avaluació de l'estratègia i enfortiment i millora d'aquesta.
- Promoure la posada al centre de la reflexió entorn els conflictes i reptes que afronta l'abordatge de les VS en relació a la protecció de dades i la prevenció de les revictimitzacions de les dones i les criatures.
- Realitzar una revisió i avaluació de les escales i indicadors de VS que utilitzen les i els professionals dels diferents serveis i nivells de la xarxa sanitària, afavorint un treball d'unificació dels mateixos que garanteixi: l'atenció a la diversitat de les formes i àmbits en que es manifesten les VS, l'heterogeneïtat i especificitats dels col·lectius que les pateixen amb major risc (infància i adolescència, dones en general i específicament dones grans, discapacitades...), la superació de la mirada heteronormativa en la definició dels indicadors de VS (incloent a les persones transsexuals i transgènere, les homosexuals...), la revisió dels marcadors actuals que indiquen la gravetat dels casos i, en conseqüència, defineixen la provisió d'atenció i acompanyament, observant els riscos de desatendre casuístiques no agudes, cronificades i invisibilitzades...

k. Atenció a les filles i fills de les dones

L'enfocament específic a l'atenció de les filles i fills de les dones que han patit o pateixen violències sexuals ha de ser una de les prioritats de l'estratègia. Per començar, caldria incorporar i potenciar un reconeixement obert de l'impacte de les violències en les nenes i els nens, independentment del tipus i àmbit en que la mare les hagi rebut, i amb diferents nivells de gravetat en l'afectació. **Les VS, com totes les VM, produeixen un dany en la salut de les dones que es reflecteix en la salut de les filles i els fills, en primer lloc, derivat de l'afectació del rol parental per les conseqüències del maltractament, així com també hi ha un dany en la salut per la transmissió de models relacionals masclistes que poden ser integrats i reproduïts per la infància i l'adolescència en les seves diverses etapes del desenvolupament i posteriorment en l'edat adulta**, generant un patiment i diferents simptomatologies que, des de la xarxa de salut, s'haurien de poder identificar i definir el seu vincle amb els patrons masclistes heretats al nucli familiar dins una societat que, directa o indirectament, també els fomenta, reproduceix i perpetua.

Aquesta proposta requereix, doncs, de la transversalització de la perspectiva de gènere en tot el sistema sanitari, de manera que l'abordatge dels processos de diagnosi, tractament i recuperació, i fonamentalment la vinculació amb les persones ateses, incorporin l'atenció a la identificació dels efectes que les desigualtats produeixen en les persones de l'entorn més proper de la dona, específicament en les menors d'edat.

En aquest sentit, algunes de les aportacions per a l'estratègia, serien:

- Incorporar la perspectiva de gènere als serveis de salut mental de la infància i l'adolescència (CSMIJ), ampliant i superant la mirada exclusivament clínica i centrada en el símptoma i el diagnòstic, aportant una valoració integral i de context de la persona, atenent expressament l'impacte que les desigualtats de gènere, les violències masclistes i en particular les violències sexuals produeixen en les nenes, els nens i adolescents, a tots els nivells del seu desenvolupament i salut mental i emocional.
- Visibilitzar i expressar el posicionament obert que la manca d'incorporació de la perspectiva de gènere i de la mirada interseccional en la salut mental infanto juvenil, constitueixen formes de violència institucional, en desatendre l'adequat abordatge de les casuístiques i facilitant els processos d'etiquetatge i sobremedicalització de les nenes i els nens.
- Garantir la formació, de les i els professionals dels serveis de pediatria de l'atenció primària, dels hospitals i els centres de salut mental, en violències masclistes i amb orientació específica sobre les violències sexuals i els efectes d'aquestes en la salut integral de la infància i l'adolescència, reforçant la consciència que aquestes violències, viscudes directament per la mare, impacten també directament en les filles i els fills.
- Impulsar la incorporació de la perspectiva de gènere i de cicle vital als protocols dels serveis de salut mental infanto juvenil i els equips multidisciplinaris de treball, prèvia avaluació del seu nivell actual als mateixos.
- Afavorir, als equips de treball en atenció primària, hospitalària i especialitzada i de la salut mental infanto juvenil, l'abordatge dels processos emergents d'etiquetatge de la

infància i l'adolescència i els seus riscos, com l'estigmatització i la realització d'un abordatge parcial i limitat de la problemàtica, i la revisió dels processos diagnòstics centrats en el símptoma, animant a la incorporació de l'enfocament multifactorial de les causes, com els factors sociofamiliars travessats per factors de desigualtat de gènere que caracteritzen les situacions de maltractament pròpies de les violències sexuals.

- Facilitar la formació a professionals que atenen la infància i adolescència en metodologies innovadores i enfocades a l'abordatge integral de les problemàtiques, ampliant la mirada centrada en la reducció del símptoma a l'atenció del context global en que aquest es manifesta i la multifactorialitat de les causes.
- Impulsar el treball intersectorial dels equips de salut mental infanto juvenil en els casos de VM, i específicament VS, amb la xarxa d'agents que treballen amb les dones i les criatures (escola, institut, serveis d'atenció a les dones, entitats del tercer sector i de lleure...).
- Definir, de manera detallada, i dins el protocols d'atenció a la infància i l'adolescència, la relació d'afectacions i simptomatologies que poden desenvolupar les nenes i els nens que viuen en un context de VM, i específicament VS, per facilitar-ne la identificació de senyals de sospita amb una significació de context i amb atenció a les diverses formes de les violències (retards en el desenvolupament, problemes conductuals, manca de control d'esfínters, trastorns del son, dificultats per gestionar les emocions, ansietat, depressió, trastorns cognitius, etc.).
- Impulsar una atenció infanto-juvenil orientada a promoure la resiliència, el potencial i l'apoderament de les nenes i els nens i adolescents, com a protagonistes dels seus processos de recuperació, facilitant la incorporació de valors fonamentats en l'autoestima, el consentiment, la promoció de la igualtat i la tolerància zero envers totes les formes de violència, com les violències sexuals.

1. Sensibilització entorn les VS

Dins les aportacions per l'estratègia d'abordatge de les VS, és clau posar al centre les accions de sensibilització, tant per contribuir a la seva prevenció com per facilitar la detecció i, fins i tot, com a requisit per garantir els processos de recuperació de les dones, ja que el reconeixement i la visibilitat d'una problemàtica requereix ser acompanyat del posicionament social i institucional obert de tolerància zero envers aquesta, incloent accions específiques per a la reparació integral dels danys soferts i per a la construcció d'una vida lliure de violència per part de les dones amb les que es treballa des dels diversos àmbits, com el de Salut. Així doncs, la sensibilització en relació a les VS s'emmarcaria en la sensibilització de les VM en sentit ampli, però referint la seva especificitat de manera clara i directa, doncs les VS han estat i encara estan en fases molt primerenques del seu abordatge i, encara a dia d'avui, romanen força silenciades

per prejudicis arrelats en el sistema social definit pel patriarcal, pel qual la sexualitat es manté com una qüestió exclusivament privada, fins i tot, en situacions en que hi ha maltractament i abusos, sotmesa al tabú i, en el cas de les dones, associada a la vergonya i/o la culpa.

Algunes de les propostes que es poden aportar per abordar aquesta sensibilització, serien:

- Campanyes de sensibilització de la salut de les dones amb perspectiva de gènere i sobre els drets sexuals i reproductius als diferents serveis de la xarxa de salut (CAP's, hospitals, CSM, etc.), promovent el coneixement i l'abordatge de les diverses etapes des del reconeixement de les seves característiques, facilitant el coneixement i reconeixement i incorporant la diversitat dels processos individuals de les dones.
- Campanyes que posin l'accent en visibilitzar la cronificació i normalització socials de les VS, especialment en els col·lectius amb més dificultats de detecció, com les dones grans i la infància i l'adolescència. Incloure la interpel·lació de la ciutadania i del col·lectiu professional al missatge de les campanyes per promoure tant la detecció, com la prevenció i el suport als processos de reparació i recuperació.
- Adaptar el missatge i els continguts de les campanyes de sensibilització a les persones destinatàries principals a cadascuna d'elles per tal d'afavorir la seva identificació individual amb els missatges transmesos i la presa de consciència que mobilitzi la seva acció.
- Incloure a les accions de sensibilització el missatge sobre la diversitat de les persones que poden patir les VS, especialment els col·lectius que solen quedar exclosos pels patrons heteronormatius dominants en relació a la identitat sexual i de gènere i l'orientació sexual, com les persones transgènere o transsexuals.
- Incidir en la difusió de les accions de sensibilització als àmbits i els contextos específics als quals es desenvolupen i on participen col·lectius específics, amb un llenguatge entenedor i missatges adaptats per tal de facilitar-ne la identificació envers la problemàtica, com els centres educatius en el cas de la infància i l'adolescència, o els centres de dia i els centres residencials en els cas de les dones grans.
- Promoure accions que visibilitzin les formes i àmbits en que es manifesten les VS, incidint en mostrar l'heterogeneïtat de les dones que les pateixen i les diverses manifestacions possibles de les mateixes, des de les més subtils a les més evidents.
- Enfortir i adaptar la sensibilització dels col·lectius amb riscos afegits o incrementats per factors interseccionals, com l'edat en el cas de la infància i l'adolescència, les dones amb algun tipus diversitat funcional, les dones grans, nouvingudes, amb situació de precarietat sociolaboral i econòmica... Facilitar que les campanyes de Salut es difonguin i impactin als espais on es desenvolupa la vida social i comunitària de les persones, com per exemple als centres educatius de lleure i d'oci en relació a la infància i l'adolescència, als centres de dia i residencials, en relació a les dones grans..., i els col·lectius específics amb riscos afegits.

- Impulsar la normalització de l'abordatge de la sexualitat de les dones des de l'àmbit sanitari, incloent la sexualitat com a eix bàsic de la salut, amb una mirada més ampla i extensa.
- Difondre i facilitar els mecanismes per la denúncia de les violències sexuals i les que es poden donar en el seu abordatge, a la ciutadania.

Totes les propostes que apareixen en aquest document, parteixen de la idea que s'han d'aplicar des d'una metodologia participativa i de creació conjunta, on a través dels processos enfocats des d'una perspectiva feminista, interseccional i de drets humans, permeten la transformació i d'aquesta manera incidir en la salut integral i holística de la salut.

Referències.

- Crenshaw, K. (1994). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. In M. Albertson Fineman, & R. Mykitiuk (Eds.), *The Public Nature of Private Violence* (pp. 93–118). Routledge.
- Crenshaw, K. W. (2006). Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color. *Kvinder, Køn & Forskning*, (2–3). Retrieved August 29, 2020, from <https://tidsskrift.dk/KKF/article/view/28090>
- Epstein, R., Blake, J. J., & González, T. (2017). *Girlhood Interrupted: The Erasure of Black Girls' Childhood*. Georgetown Law Center on Poverty and Inequality. Retrieved November 6, 2021, from <https://genderjusticeandopportunity.georgetown.edu/wp-content/uploads/2020/06/girlhood-interrupted.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2009). Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Departament de Salut.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 574–599.
- Harding, S. (2003). After objectivism vs. Relativism. *Toward a Feminist Philosophy of Economics* (pp. 122–133). Routledge.
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? thinking from women's lives*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- Harding, S. G., & Hintikka, M. B. (Eds.). (1983). *Discovering reality: Feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology, and philosophy of science*. Synthese library. Dordrecht, Holland ; Boston : Hingham, MA: D. Reidel ; Sold and distributed in the USA and Canada by Kluwer Boston.

- Maffía, D. (2007). Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 12(28), 63–98.
- Valdés, A. (2019). Cultura de la violación y legislación española. Análisis crítico-feminista. *Àmbits de Política i Societat*, tardor(53), 37–41.

Documents Analitzats:

1. Model atenció salut dones VM.
2. 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. Resum executiu (gener, 2021).
3. Suport per a la redacció versió definitiva Model (2020).
4. Protocol abordatge VM àmbit salut.
5. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya Document operatiu de violència sexual (desembre 2010)
6. Guia per introduir la perspectiva de gènere en la planificació en salut (novembre, 2021)
7. La salut de les dones en situació de violència masclista: mirades amb cura (Tamaia, desembre 2019)
8. Avaluació del Protocol per l'abordatge de la VM en l'àmbit de la salut a Catalunya. Mirades complementàries (AQUAS, desembre 2019)
9. Infografia Propostes de millora per a un nou model integral d'abordatge de la violència masclista (AQUAS, desembre 2019).
10. El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària (Departament Salut, març 2019).
11. Guia consulta bones pràctiques (2020).
12. Memòria de la Bona Pràctica en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la Salut, 2020 2021 (Fundació Vidal i Barraquer, CSMA Sant Andreu, maig 2021).
13. Espai Lila del CJAS. Detecció i atenció especialitzada de les violències masclistes i sexuals en població adolescent i jove (Centre Jove d'atenció a les sexualitats, 2021).
14. Proposta resolució Bones pràctiques (maig, 2021).
15. Memòria sobre Jornades sobre Violència Masclista i Salut Mental (Grup de Treball en Violència Masclista i Salut Mental, que pertany al Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental (GTRDSM) i que està adscrit a la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, 2021).
16. Guia d'autoajuda per a dones víctimes d'una agressió sexual recent: Un camí cap a la recuperació (Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona, 2009).
17. Programa de prevenció i tractament de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d'una agressió sexual (Hospital Clínic).
18. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

19. Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.
20. LLEI 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista.
21. Estudio sobre la percepción social de la violencia sexual (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).
22. Balance de criminalidad del primer trimestre 2021 (Ministerio del Interior, 2021).
23. Informe delitos contra la libertad e indemnidad sexual (Ministerio del Interior español, 2017).
24. L'abordatge de les violències sexuals a Catalunya. 2016.
25. Enquesta violències masclistes 2016.
26. Les violències sexuals a l'Estat espanyol: marc conceptual i el seu abordatge [CAST].

ELEMENTS CLAU PER L'ABORDATGE INTEGRAL DE LES VIOLÈNCIES SEXUALS.



1

L'abordatge integral de les violències sexuals des del Sistema de Salut ha d'establir un marc de referència tècnic i metodològic comú, implementat i garantit per part de professionals formats específicament per això.

2

L'objectiu d'un protocol o qualsevol altre eina del sistema sanitari s'ha de centrar en la salut mental, física i emocional de la persona, no de forma aïllada, sinó, contemplant la seva interconnexió.

3

Establir uns criteris mínims per evitar revictimitzacions i violències institucionals.

4

Garantir la implementació de les propostes recollides al DO a través de generar xarxes territorials, així com serveis de recollida de dades.

5

S'ha de poder realitzar un anàlisi crític al biaix androcèntric present en la medicina i al sistema de salut, per poder generar una estratègia d'abordatge integral capaç d'incloure la perspectiva feminista, amb tots els elements que la caracteritzen.

Aquesta crítica hauria de recollir els següents punts:

A

La limitació conceptual de les violències sexuals arrelada a creences tradicionals i biaixos androcèntrics.

B

L'Anàlisi sobre com el patriarcat i les estructures heteronormatives, que fonamenten les VM i com a tals les VS, també estan implícites i actuen, a través del sistema de salut.

*Ex. Contemplant la diversitat sexual en les atencions ginecològiques transforma la visió sesgada pel que fa a l'atenció i l'utilització de materials i eines, que només tenen en compte la heterosexualitat.

C

La difusió i posada en marxa de les diferents eines, plantejarà la necessitat i el repte de generar xarxes territorials.

D

Facilitar que els processos de treball col·lectiu comptin no només amb el treball interdepartamental, sinó, també amb les xarxes comunitàries que engloben institucions no formals i persones amb molta expertesa envers la lluita contra les violències masclistes, i específicament les violències sexuals.

E

Generar documents visualment atractius i accessibles per les professionals i ciutadania en general.

INTRODUCCIÓ: CAP A QUIN DOCUMENT TREBALLAR?

Una de les propostes que amb més freqüència, des d'institucions, tant públiques com privades, s'han plantejat per l'abordatge integral de les Violències Sexuals, és la definició i establiment de 'protocols'. Sent un enfocament totalment coherent, ens afronta alhora a riscos que es relacionen essencialment amb la possibilitat d'unes expectatives desajustades respecte els mateixos com a solució “tancada” o “permanent”.



En el moment d'abordar la necessitat real de definir eines protocol·litzades per articular la feina que es desenvolupa entorn les Violències Sexuals des de l'àmbit de Salut, cal fer un enfocament més orientat a la concreció dels reptes que es presenten i a la concreció de propostes per atendre'ls adequadament, avançant cap als objectius definits en aquest document marc i fonamentats en el Model com a perspectiva d'abordatge de les Violències Sexuals, caracteritzada per un enriquiment de la mirada i un propòsit de superació de les limitacions conceptuals, metodològiques i estructurals prèvies, entorn aquestes violències.



La creació d'un **protocol** per un sistema tan ampli i complex **suposa**, doncs, **afrontar el risc de la immobilitat** d'aquest tipus de documents, i com a conseqüència, **la rigidesa en el seu l'abordatge**.



També cal tenir present, que treballar amb **protocols** fa **emergir el repte del treball interdepartamental i intersectorial**. En aquest sentit, la proposta d'un **DO** que reculli propostes de treball que superin l'àmbit competencial del sistema de Salut, pot funcionar també com a introducció de dimensions i aspectes que s'han de treballar de manera interdepartamental.



Entenem doncs, que **el DO s'hauria de contemplar com un eina necessària** i a tenir en compte, en l'elaboració de l'estratègia per l'abordatge de les violències sexuals, **amb un marc de referència tècnic i metodològic comú**, implementat i difós per part de professionals de diferents àmbits i amb formació específica. Així doncs, el tipus de document que es proposa, **hauria de recollir els criteris mínims d'actuació**, que més endavant alguns es desenvoluparan com a propostes, **consensuats i fonamentats tècnicament, aterrats, tant a la diversitat de les persones com dels territoris; i que garanteixin en tot moment la seguretat i benestar de les persones agredides en qualsevol de les formes i contextos en què es donen les violències**.



PROPOSTES PER L'ABORDATGE INTEGRAL DE LES VIOLÈNCIES SEXUALS



- 1 Estudi qualitatiu i quantitatiu del fenomen de les violències sexuals a Catalunya.
- 2 Definició del fenomen.
- 3 Normalització i Homogeneïtzació dels protocols i circuits.
- 4 Desplaçament del focus de l'atenció sanitària.
- 5 Cribratge Universal.
- 6 Formació especialitzada per professionals de l'àmbit de la Salut.
- 7 Cura de les professionals
- 8 Acompanyament.
- 9 Pla de contingència.
- 10 Reforç del protocol en adolescents i dones grans.
- 11 Perspectiva Biopsicòsocial.
- 12 Transformació del concepte de salut cap a una mirada integral
- 13 Enfocament específic de la salut de les dones
- 14 Enfocament Interdepartamental i Intersectorial
- 15 Atenció a les filles i fills de les dones
- 16 Sensibilització entorn les VS

ESTUDI QUALITATIU I QUANTITATIU DEL FENOMEN DE LES VIOLÈNCIES SEXUALS A CATALUNYA

1

A Catalunya hi ha una **absència de dades** referent a aquest **fenomen**. Aquesta **realitat**, **posa de manifest la necessitat de realitzar estudis de tall quantitatiu i qualitatiu** dirigits a **dimensionar el fenomen en aquest territori**.

La **percepció** d'aquestes violències **condiciona i limita com les definim**, influenciant així el fet que implica, sí podem observar-les i enmarcar-les amb tota la seva naturalesa i magnitud com a tal.

Un estudi sobre violències sexuals **ha d'incloure la perspectiva de drets humans i de gènere** i contemplar que existeix un biaix i un context de cultura de la violació que implica que els mateixos estudis sobre violències sexuals, tinguin en compte la complexitat de la capacitat de diagnòstic.

Elements que cal aportar als estudis quantitatius i qualitatius, en matèria de violències sexuals.

Nombre de denúncies de totes les formes de violència contra les dones per raons de gènere, inclosa la violència exercida i tipus d'ordres de protecció dictades. Desestimació i retirada de denúncies.

- Enjudiciament i condemnes.
- Durada dels processos judicials.
- Informació sobre la relació entre víctima o supervivent i el /els autors.
- Factors de discriminació interseccional i variables sociodemogràfiques rellevants.
- Condemnes imposades als autors.
- Les reparacions, en particular les indemnitzacions, concedides.
- Nombre de dones ateses per violències sexuals sense denúncia prèvia.
- Nombre de registre de persones que han patit o pateixen violències sexuals de manera reiterada a les seves relacions afectives-sexuals.
- Afectacions de les persones que pateixen o han patit VM, específicament les VS



ELEMENTS PER LA DEFINICIÓ DEL FENOMEN DE LES VIOLÈNCIES SEXUALS

Revisió i enriquiment de la conceptualització del fenomen de les violències sexuals.

La definició d'un fenomen comporta necessàriament emmarcar-lo, limitant i delimitant així la diagnosi que pot fer-se des d'aquest marc, la intervenció i els resultats d'aquesta. Aquesta acció de definir és essencial i pot esdevenir un acte de transformació en si mateixa.

1

Definició feminista: les violències sexuals s'han de definir sobre la base del pensament feminista que suggereix la revisió constant de termes per no quedar-nos enrere.

2

Definició en plural: Fer visible la gran diversitat de formes que prenen les violències sexuals i posar en relleu el fet que no hi ha un únic perfil de persona agredida, ni una única manera d'afrontar aquest fenomen.

3

Definició global: Una agressió sexual també té efectes sobre la salut després del moment en el qual succeeix. Les violències sexuals tenen els seus efectes sobre la salut integral, de totes les persones, encara que aquestes no hagin estat reconegudes com a tal. Aquestes **afectacions a la salut a diferents nivells, s'han de tenir en compte des del primer moment d'atenció i recuperació**, que en molts casos són processos molt llargs o fins i tot **la persona pot necessitar rebre atenció específica, pel trauma viscut, anys després d'haver tingut lloc les VS.**

ABORDAR LA NORMALITZACIÓ I HOMOGENEÏTZA CIÓ DELS PROTOCOLS I ELS CIRCUITS (I)

Actualment, existeix un protocol d'abordatge de les violències sexuals per cada municipi, el que suposa diversos obstacles pel seu abordatge:



No saber els hospitals i serveis de referència davant les agressions: quins hospitals compten amb serveis de medicina forense per casos de supressió química de la voluntat o per realitzar estudis forenses en casos de violació?

No saber a on adreçar-te: Considerem necessari la normalització a un únic protocol que s'adaptarà també a les especificitats dels territoris, entenent així també les diferències que es produeixen en l'accés i el garantiment dels drets sexuals i reproductius per part de la ciutadania entorn la desigualtat provinent de la bretxa urbà-rural.



ABORDAR LA NORMALITZACIÓ I HOMOGENEÏTZA CIÓ DELS PROTOCOLS I ELS CIRCUITS (II)

1

A Catalunya no hi ha un model d'abordatge unificat de les violències sexuals, entenem que això es deu a la fragmentació que existeix en la visió de les violències sexuals punt que té les seves arrels al paradigma presentat per la tipificació penal dels delictes contra la llibertat i indemnitat sexual.

2

La normalització i homogeneïtzació de protocols i circuits podria funcionar també com a garantia per a evitar les victimitzacions i les violències institucionals en els processos de violència sexual.

3

Aquesta generalització i normalització ha d'entendre les especificitats de cadascun dels contextos i persones que conformen Catalunya:

- Bretxa urbana/rural i desigualtat en recursos materials i humans.
- Especificitat de les violències sexuals al llarg del cicle vital.
- Generació de documents accessibles documents per a la ciutadania.



DESPLAÇAMENT DEL CENTRE DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA.

El centre de la intervenció del sistema sanitari s'ha de focalitzar en el benestar i la salut mental, física i emocional de les persones agredides amb una mirada transversal que reconegui en l'abordatge, la interrelació d'aquestes diferents àrees de ser humà. És per això que cal revisar els protocols vinculats als processos mèdics forenses amb l'objectiu de **garantir en tot moment els drets sexuals i reproductius, així com la salut i la integritat física de les persones agredides**



ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: CRIBRATGE UNIVERSAL

Partint de la idea que els efectes de les violències sexuals poden aparèixer a llarg termini, entenem que **el cribatge universal és més que necessari per poder atendre de manera correcte el seu abordatge.**

És una **eina possible d'implementar** en el sistema constant en les consultes mèdiques de salut com a eina de prevenció i detecció de les violències masclistes, independentment de quan s'hagin produït.

El cribatge universal consta de la realització constant en les consultes mèdiques de **determinades preguntes** de manera **relacionades amb diferents simptomatologies físiques, psicològiques i emocionals derivades de les violències sexuals viscudes.**

Moltes persones agredides no acudeixen a serveis especialitzats de violència sexual o no tenen les eines per identificar-ne episodis. Aquesta **eina ens pot ajudar a fer emergir casos invisibilitzats** i facilitar d'una atenció especialitzada a la persona agredida.

El cribatge universal és l'**única solució per abordar de manera les violències sexuals evitant així, a medicalització i individualització de problemàtiques psicosocials**, en aquest cas les violències sexuals, i així evitar un altre tipus de revictimització i violència institucional.

L'efectivitat del cribatge universal resideix a l'àmbit de la salut: CAPS, Salut mental, personal del SEM, SAD entre altres.

ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: FORMACIÓ ESPECIALITZADA

La necessitat d'una formació especialitzada, dirigida a professionals de l'àmbit de la salut i a totes aquelles persones professionals vinculades amb la cura i la salut de terceres persones (cuidadores principals de persones grans, col·lectius de dependència, etc.), resideix en la necessitat de garantir la desaparició de processos de revictimització, violències institucionals i invisibilitzacions, així com garantir una salut integral i la defensa dels drets sexuals i reproductius.

Elements claus per una formació especialitzada:

1

Formació amb perspectiva feminista.

2

Formació amb perspectiva de cicle vital.

3

Formació interseccional.

4

Formació que protegeixi els drets humans i els drets sexuals i reproductius.

5

Formació centrada en la persona i el seu benestar físic, psicològic i emocional.



ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: CURA DE LES PROFESSIONALS

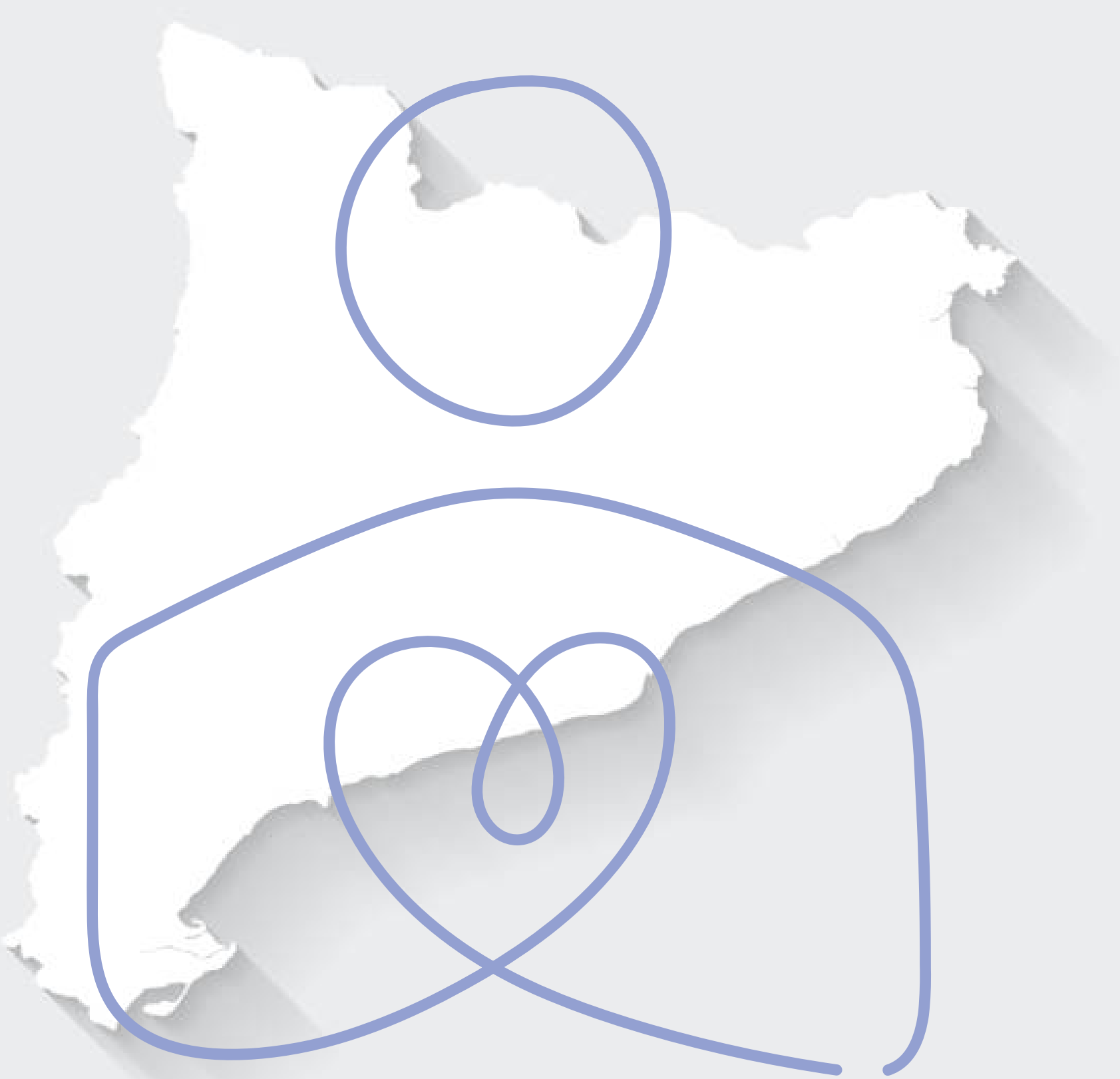
(I)



La cura de les professionals és una de les prioritats de l'abordatge de les VS des del Departament de Salut.

La cura de professionals requereix el reconeixement i la visibilització de l'impacte, en la salut i el benestar que les tasques d'atenció acompanyament i suport, produeixen a les persones que tenen l'encàrrec de proveir-les.

La presa de consciència dels efectes en la salut que es deriven de la tasca del col·lectiu professional implica una **mirada més humana i conscient dels efectes psicoemocionals de la tasca d'acompanyament que es relacionen**, d'una banda, amb les pròpies dificultats que afronta el sistema (sobrecàrrega dels serveis, manca de formació de les i els professionals, etc.) i, d'altra banda, amb l'impacte per l'empatia i els mecanismes de auto-responsabilització personal que faciliten l'aparició i manifestació de trastorns vinculats amb la simptomatologia del Burn-out, l'ansietat o la depressió, d'entre diverses afectacions.



ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: CURA DE LES PROFESSIONALS (II)



Algunes de les propostes a realitzar serien:

Facilitar recursos de suport psicoemocional a professionals, amb especialització en l'impacte derivat de la tasca d'acompanyament a les persones en situació de VS (i de VM en general).
Posar a l'abast de les i els professionals espais de reflexió entorn les estructures que sostenen el model social de les desigualtats de gènere com arrel de les VS i el seu impacte en la salut de les persones ateses i del propi col·lectiu professional.
Transversalitzar i visibilitzar una actitud de tolerància zero envers les VS en totes les seves formes i àmbits al Departament de Salut.
Impulsar espais de treball coordinat i la supervisió de casos en equip i amb assessorament especialitzat.
Promoure espais de treball i reflexió professional periòdics i permanents entorn l'abordatge de les VS, garantint el reconeixement i la recollida de les aportacions així com, el seu impacte directe en la transformació de l'estratègia.
Promoure els equips de treball de casos, evitant la individualització de la gestió i la responsabilització exclusiva de professionals individuals.
Afavorir l'abordatge intersectorial en l'abordatge de les VS, incentivant la col·laboració entre els serveis dels diferents departaments i la xarxa de recursos comunitaris d'atenció a les VS que hi treballen.
Definir i integrar un enfocament no lineal del procés d'acompanyament a les persones que pateixen VS, incorporant el canvi i la imprevisibilitat com a part del procés, instaurant una dinàmica de revisions constants juntament amb la persona atesa, i reconeixent l'impacte de factors que ultrapassen el control de la el professional.
Prioritzar amb les i els professionals l'enfocament a la vinculació de les persones ateses amb el sistema de salut i la confiança en el respecte i el protagonisme de la seva individualitat.
Posar una atenció específica a la salut de les dones professionals i el possible doble impacte en la seva salut derivat, per una banda, de l'exercici de la seva tasca i, d'altra banda, com a col·lectiu de risc en relació a les VS pel fet de ser dones.

ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: ACOMPANYAMENT



Entenem que per poder evitar revictimitzacions i violència institucional, és necessària la figura d'una acompanyant especialitzada en violències sexuals des de la perspectiva feminista que pugui encarregar-se de relatar els fets a les professionals que hagin d'explorar o entrevistar amb la finalitat que no hagi de passar per processos revictimitzants que suposin un trauma afegit.



L'acompanyament ha de ser:

- Respectuós amb l'autonomia de la persona agredida.
- Interseccional.
- Especialitzat i amb perspectiva feminista.
- Ha de tenir com a objectiu la defensa dels drets sexuals i reproductius i garantir que no es produeixin revictimitzacions ni violències institucionals.
- Mai ha de caure en el paternalisme/maternalisme.
- Ha de prioritzar el benestar integral, tenint en compte les diferents àrees d'afectació i una visió d'interacció transversal entre elles, que requereix d'una atenció global i no aïllada per àrees de la persona a la qual s'acompanya i mai la consecució de proves.

ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: PLA DE CONTINGÈNCIA

Un pla de contingència ens assenyalava processos i procediments per estar sempre preparats davant qualsevol circumstància derivada de les dificultats que pot suposar una estratègia integral d'abordatge de les violències sexuals. D'aquesta manera, el Sistema de Salut comptarà amb els mecanismes necessaris per garantir sempre una correcta aplicació de l'estratègia integral.

Per poder garantir la versatilitat de l'estratègia, el pla de contingència ha de tenir en compte:

1

Les desigualtats territorials: el protocol ha de comptar necessàriament amb un llistat de possibles problemes a l'hora de la seva implantació en territoris rurals o en casos on la falta de formació d'interseccionalitat sigui palesa.

2

Llistat dels mites i de les creences més arrelades en el sistema heteronormatiu que poden ser l'arrel de violències institucionals en el sistema de salut.

3

Quines són les reptes i riscos d'implantar l'estratègia en moments on no es compti amb el personal o els mitjans materials necessaris per a la seva aplicació.

4

Un apartat que reflecteixi les possibles reptes i solucions a l'hora d'atendre persones amb casos d'un grau alt d'interseccionalitat.

5

Un apartat que reflecteixi les possibles mancances de l'estratègia i que contempli eines per a la seva avaluació perquè professionals de la salut, puguin avaluar-la.

ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: REFORÇ DEL PROTOCOL EN ADOLESCENTS I DONES GRANS

La incorporació del paradigma de cicle vital suposa posar en relleu l'especificitat de les violències sexuals al llarg del cicle de la vida. És per això, que considerem que l'estratègia d'abordatge integral ha de comptar amb eines i definicions pròpies a l'hora d'abordar casos de violència sexual tant en joves com en dones grans.

1

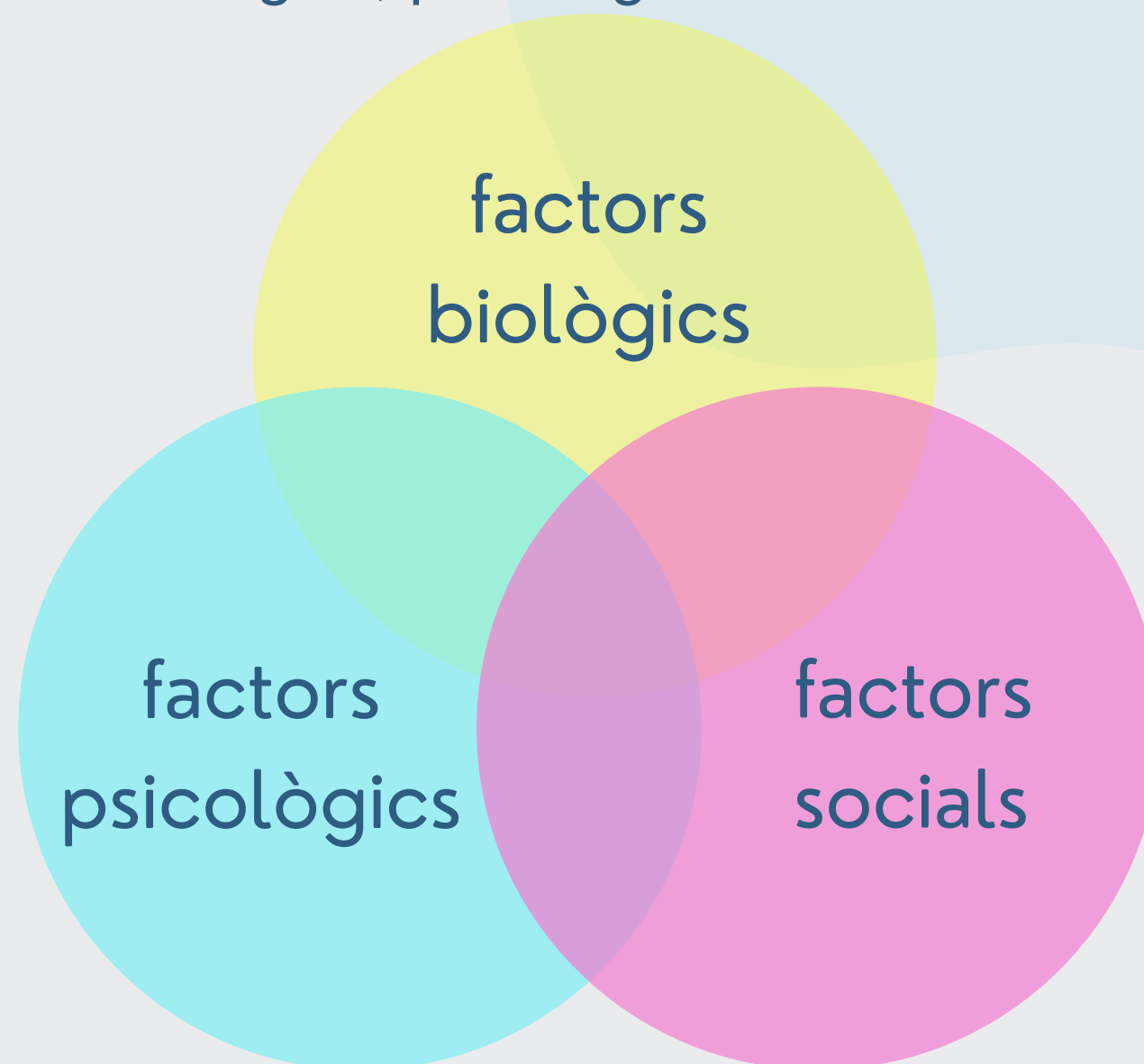
Menors d'edat. Un dels problemes que encara tenim és que les persones menors no poden denunciar per si mateixes les violències sexuals que pateixen o han patit. És per això que les persones menors d'edat han d'actuar mitjançant els seus tutors o tutores legals o les persones que les representen legalment. Aquesta qüestió és extramadament complexa quan les persones agressores són les mateixes persones que les tutores o persones pròximes a aquests representants legals.

2

Les violències sexuals que pateixen les **dones** invisibilitzades per diferents elements, un d'ells la creença que la sexualitat desapareix en un moment concret del cicle vital femení, l'edatisme, etc. Considerem que tant el cribratge universal com el treball sobre els mites sobre sexualitat femenina en dones grans poden ajudar-nos a visibilitzar i dimensionar el problema d'una forma més realista.

ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: PERSPECTIVA BIOPSICOSOCIAL

La perspectiva biopsicosocial fa referència a l'enfocament que atén la salut de les persones a partir de la integració dels factors biològics, psicològics i socials.



Aquest model entén que el benestar i la salut de les persones depèn d'aquests tres factors interrelacionats entre ells, doncs és imprescindible que aquest enfocament s'apliqui a l'estratègia integral de l'abordatge de les violències sexuals perquè:

1

Per mesurar l'impacte de les violències sexuals, cal tenir en compte els factors que influencien la salut global de la persona agredida, així com, tenir present que moltes vegades, aquestes violències queden invisibilitzades i esdevenen de risc per la salut emocional i psicològica precisament per factors socials.

2

La falta d'una perspectiva biopsicosocial en l'abordatge de les violències sexuals pot produir la invisibilització de violències sexuals en casos on la persona agredida té un diagnòstic psicològic previ pot suposar la patologització de persones que han viscut episodis de violència sexual.

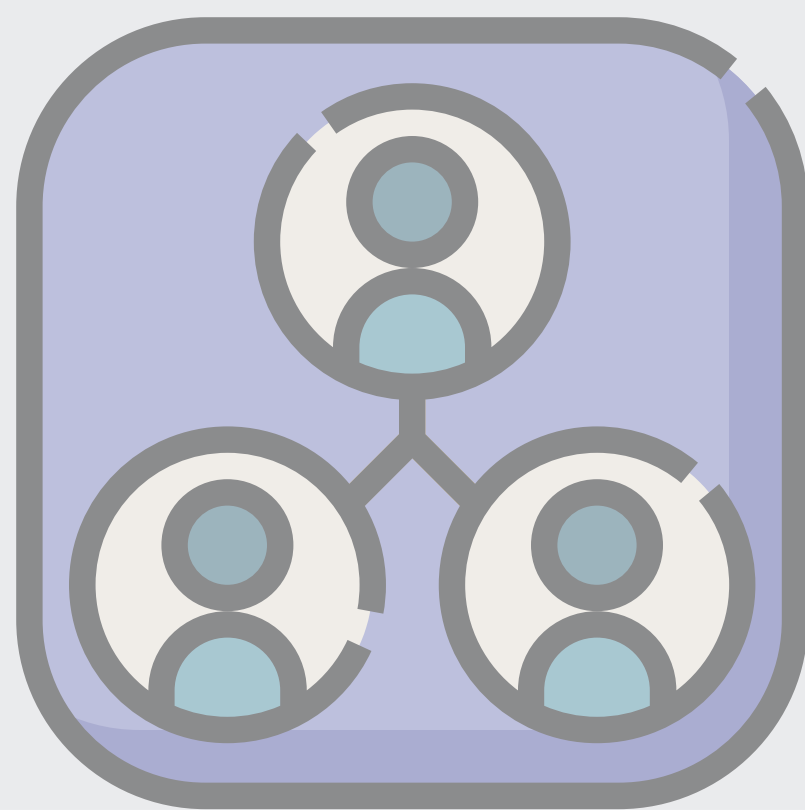
3

És necessari un reforç clar de les unitats i personal del sistema de salut vinculades a la salut mental i formacions específiques en violències sexuals.

ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: TRANSFORMACIÓ DEL CONCEPTE DE SALUT CAP A UNA MIRADA INTEGRAL

La proposta per articular una estratègia efectiva d'abordatge de les VS des del sistema de salut, s'orienta, a integrar una mirada feminista, fonamentada en els drets humans i multidimensional de la persona, en la promoció de la salut, dins la qual haurien de tenir cabuda i protagonisme la consciència dels determinants, estructures i models socials **com a potencials facilitadors del benestar i com a possibles generadors de riscos riscos per a la salut** de les persones en termes de vulneració de drets per l'existència de múltiples desigualtats, com la de gènere i les altres que interaccionen amb aquesta.

El canvi de paradigma, implica:



- 1** Enfocar els esforços des del sistema sanitari a promoure el protagonisme de les persones en l'assoliment de la seva millora i benestar als diferents nivells
- 2** Partir de l'escolta de les seves necessitats
- 3** Un acompanyament orientat a potenciar la responsabilitat individual en la pròpia salut
- 4** Una participació social i comunitària per afavorir la transformació dels valors fomentant els drets humans i la igualtat com a elements centrals del benestar i la salut.



ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: ENFOCAMENT ESPECÍFIC DE LA SALUT DE LES DONES

L'enfocament específic de la salut de les dones des de l'àmbit de salut esdevé una resposta a la manca de perspectiva de gènere en l'enfocament de la seva salut, la qual es deriva del model de salut forçat pel model social patriarcal vigent i, aquest, d'una societat també patriarcal que ha invisibilitzat, invisibilitza, infravalora i estigmatitza aspectes exclusivament propis de la biologia i psicologia de les dones. **Un enfocament de l'abordatge de les VS que reconegui, explori i treballi partint de l'anàlisi de gènere que reconeix l'especificitat de la naturalesa, la l'heterogeneïtat de les dones és, doncs, imprescindible per a una estratègia d'abordatge efectiva i coherent amb el garantiment dels seus drets, amb un enfocament feminista i de cicle vital.**



1

Impulsar l'anàlisi de gènere, el reconeixement, la visibilització, la normalització i la posada en valor dels cicles vitals de les dones, incidint en la rellevància de considerar-los explícitament en l'enfocament de promoció de la salut i l'abordatge dels processos de malaltia, concretament els derivats de les VS.

2

Una mirada que reconegui el la diferència com a col·lectiu heterogeni, sense discriminació per raó d'orientació sexual, identitat de gènere, racisme, capacitisme o edatisme., i amb un abordatge que sigui conscient de les potencials manifestacions de les VS als diferents moments del cicle vital de les dones

3

Fer un anàlisi de gènere, desglossar i descriure amb profunditat les afectacions en tots els àmbits de la salut de les dones als que afecten les VS (físic, psicològic, emocional, social...).

4

Facilitar que les i els professionals incorporin a l'acompanyament de les dones la validació i reconeixement dels cicles vitals d'aquestes i les seves especificitats

ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT:

ENFOCAMENT
INTERDEPARTAMENTAL I
INTERSECTORIAL

La limitació de competències i la rigidesa dels processos es pot afrontar amb eficiència des de la mirada que sigui conscient de les aportacions que la coordinació i el treball conjunt i coordinat poden oferir a un abordatge integral de les violències sexuals.



Algunes propostes:

1

Creació i articulació específica d'una Taula Interdepartamental per generar espais de trobada i definició de línies d'acció conjunta (com poden ser protocols), amb representació no només del Departament de Salut, sinó de tots els agents de la xarxa pública amb implicació en l'abordatge de les VS,

2

Es recomana ampliar l'impacte d'aquesta metodologia més enllà de la xarxa pública i que promogui i faci efectiva una coordinació intersectorial, amb implicació dels diferents agents comunitaris que tenen un protagonisme i un impacte directe als diferents processos de l'abordatge de les VS. El reconeixement i la implicació d'aquesta part de la xarxa, suposaria un enfocament clau per aterrar l'estratègia a la realitat dels diferents territoris

3

Revisar els canals de comunicació i les eines de gestió de casos entre departaments.

4

Promoure la posada al centre de la reflexió entorn els conflictes i reptes que afronta l'abordatge de les VS en relació a la protecció de dades i la prevenció de les revictimitzacions de les dones i les criatures.



ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: ATENCIÓ A LES FILLES I FILLS DE LES DONES

Les VS, com totes les VM, produeixen un dany en la salut de les dones que es reflecteix en la salut de les filles i els fills, en primer lloc, derivat de l'afectació del rol parental per les conseqüències del maltractament, així com també hi ha un dany en la salut per la transmissió de models relacionals masclistes que poden ser integrats i reproduïts per la infància i l'adolescència en les seves diverses etapes del desenvolupament i posteriorment en l'edat adulta, generant un patiment i diferents simptomatologies que, des de la xarxa de salut, s'haurien de poder identificar i definir el seu vincle amb els patrons masclistes heretats al nucli familiar dins una societat que, directa o indirectament, també els fomenta, reproduïx i perpetua.

Algunes propostes:

1

Incorporar la perspectiva de gènere als serveis de salut mental de la infància i l'adolescència (CSMIJ), ampliant i superant la mirada exclusivament clínica i centrada en el símptoma i el diagnòstic, aportant una valoració integral i de context de la persona, atenent expressament l'impacte que les desigualtats de gènere, les violències masclistes i en particular les violències sexuals produeixen en les nenes, els nens i adolescents, a tots els nivells del seu desenvolupament i salut mental i emocional.

2

Garantir la formació, de les i els professionals dels serveis de pediatria de l'atenció primària, dels hospitals i els centres de salut mental, en violències masclistes i amb orientació específica sobre les violències sexuals i els efectes d'aquestes en la salut integral de la infància i l'adolescència

3

-Impulsar el treball intersectorial dels equips de salut mental infanto juvenil en els casos de VM, i específicament VS, amb la xarxa d'agents que treballen amb les dones i les criatures (escola, institut, serveis d'atenció a les dones, entitats del tercer sector i de lleure...).



ELEMENTS CONCRETS PER UN PROTOCOL DEL SISTEMA DE SALUT: SENSIBILITZACIÓ ENTORN LES VS

És clau posar al centre les accions de sensibilització, tant per contribuir a la seva prevenció com per facilitar la detecció i, fins i tot, com a requisit per garantir els processos de recuperació de les dones, ja que el reconeixement i la visibilitat d'una problemàtica requereix ser acompanyat del posicionament social i institucional obert de tolerància zero envers aquesta, incloent accions específiques per a la reparació integral dels danys soferts i per a la construcció d'una vida lliure de violència per part de les dones amb les que es treballa des dels diversos àmbits, com el de Salut. Algunes de les propostes que es poden aportar per abordar aquesta sensibilització, serien:

1

Campanyes de sensibilització de la salut de les dones amb perspectiva de gènere i sobre els drets sexuals i reproductius als diferents serveis de la xarxa de salut (CAP's, hospitals, CSM, etc.), promovent el coneixement i l'abordatge de les diverses etapes des del reconeixement de les seves característiques, facilitant el coneixement i reconeixement i incorporant la diversitat dels processos individuals de les dones.

2

Adaptar el missatge i els continguts de les campanyes de sensibilització a les persones destinatàries principals a cadascuna d'elles per tal d'afavorir la seva identificació individual amb els missatges transmesos i la presa de consciència que mobilitzi la seva acció.

3

Promoure accions que visibilitzin les formes i àmbits en que es manifesten les VS, incidint en mostrar l'heterogeneïtat de les dones que les pateixen i les diverses manifestacions possibles de les mateixes, des de les més subtils a les més evidents.

4

-Incloure a les accions de sensibilització el missatge sobre la diversitat de les persones que poden patir les VS, especialment els col·lectius que solen quedar exclosos pels patrons heteronormatius dominants en relació a la identitat sexual i de gènere i l'orientació sexual, com les persones transgènere o transsexuals.

Avantatges i reptes per la implementació d'una estratègia integral d'abordatge de les violències sexuals a Catalunya.

Avantatges

Voluntat política per implementar canvis.

Marc legislatiu català que suposa una superació de diversos límits de definició imposats per la legislació estatal.

Important xarxa territorial i del tercer sector capaç de donar suport al Sistema de Salut

Consciència social que dona suport als canvis.

Reptes

Falta de coordinació i criteri comú.

Limitació a causa de la llei orgànica estatal i la tipificació del Codi Penal Espanyol.

Falta d'unificació i homogeneïtzació de protocols i normatives.

Falta de recursos humans i materials especialitzats



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Sistema de
Salut de Catalunya



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES
E IGUALDAD

Pròxims passos.

Aplicació amb avaluació constant dels circuits i protocols plantejats a través de comissions interdepartamentals d'avaluació especialitzada.

Creació d'un Document Operatiu (DO) que reculli elements i estratègies de treball. Aquest DO ha de comptar amb la creació d'espais de treball interdepartamental als quals se'ls assignin determinats eixos temàtics.

Redacció de circuits i protocols de treball.

Avaluació dels resultats de les proves pilots.

Generació de proves pilots dels programes aprovats a través de les taules de treball recollides en el DO.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Sistema de
Salut de Catalunya



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES
E IGUALDAD