

Original

Violencia de odio en los servicios de urgencias de hospitales de tercer nivel. Primeros datos en España



Christian Carlo Gil-Borrelli^{a,*}, María Dolores Martín Ríos^b, Pello Latasa Zamalloa^{c,d}, Lorena López-Corcuera^b, Lubna Dani Ben-Abdellah^b y M. Ángeles Rodríguez Arenas^a, en nombre del Grupo de Investigación SIVIVO

^a Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^d Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de abril de 2019

Aceptado el 7 de mayo de 2019

On-line el 24 de septiembre de 2019

Palabras clave:

Violencia

Servicios médicos de urgencias

Epidemiología

Keywords:

Violence

Emergency medical services

Epidemiology

R E S U M E N

Objetivo: Describir los casos de violencia de odio atendidos en servicios de urgencias.

Método: Estudio transversal de una serie de casos de agresión atendidos en los servicios de urgencias de dos hospitales de Madrid, entre abril de 2015 y marzo de 2018. Se describen los casos de violencia de odio en cuanto a características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas y del incidente, y se comparan con las de otros tipos de violencia dentro del estudio.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes. El 49% refirieron haber sido víctimas de la violencia de odio. El 61% eran hombres, la media de edad fue de 36 años y un 48% tenían un nivel de estudios medio-alto. Las motivaciones más frecuentes son el aspecto físico, la nacionalidad y el origen étnico. El lugar de la agresión es la calle en un 50% de los casos, y en el 61% la agresión fue perpetrada por más de una persona (el 83% por hombres). La lesión más común fue la contusión (71%) y las localizaciones más frecuentes fueron la cabeza y el cuello (71%). El 8% de las víctimas requirieron ingreso.

Conclusiones: La vigilancia de la violencia de odio permitiría conocer con mayor exactitud la magnitud real y las características de este problema de salud, así como mejorar la calidad de la atención a las víctimas.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hate violence in the emergency rooms of third level hospitals. First data in Spain

A B S T R A C T

Objective: To describe the cases of hate violence attended in emergency services.

Method: A cross-sectional study of a series of cases of aggression treated in the emergency rooms of two hospitals in Madrid, between April 2015 and March 2018. The cases of hate violence are described in terms of their sociodemographic, clinical-epidemiological and incident data and compared with other types of violence within the study.

Results: A total of 147 patients were included and 49% reported having been victims of hate violence. Among the victims, 61% were men, the average age was 36 years and 48% had a medium-high level of education. The most frequent motivations were physical appearance, nationality and ethnic origin. The place of aggression was the street in 50%, and in 61% of the cases it was perpetrated by more than one person (83% by men). The most common injury was contusion (71%) and the most frequent location the head and neck (71%). Only 8% required admission.

Conclusions: The surveillance of hate violence would foster more accurate knowledge of the real magnitude and characteristics of this health problem and improve the quality of care for victims.

© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los incidentes de odio se definen como aquellos perpetrados, en parte o en su totalidad, por una motivación de rechazo y discriminación hacia una característica de la víctima, como su origen étnico o nacionalidad, orientación sexual, confesión religiosa, etc.¹. Estos incidentes se manifiestan de forma violenta en agresiones físicas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: christian.gilborrelli@gmail.com (C.C. Gil-Borrelli).

o psicológicas, hurtos, etc., así como en daños a infraestructuras o en forma de propaganda. Cuando estos actos son constitutivos de delito se denominan «delitos de odio».

Tras la declaración de la violencia como un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo por la Asamblea General de la Salud en 1996, la Organización Mundial de la Salud destacó su elevado coste tanto en vidas humanas como en los casos no mortales, su gran impacto en la salud de las personas que la sufren y en los sistemas sanitarios, y también los daños que produce a nivel social y económico². La violencia no ocurre al azar, por lo que es un fenómeno prevenible al que las sociedades deberían prestar mayor atención, incluido el sector de la salud, para procurar evitarlo y minimizar sus consecuencias³. El impacto de los incidentes de odio sobre las víctimas puede ir desde las lesiones físicas, con frecuencia más graves que en otros tipos de violencia, hasta importantes daños psicológicos y sociales^{4–7}, que dan lugar a un gran malestar psicosocial que puede llevar a nuevas situaciones de violencia que alcancen a toda la comunidad. Por todo ello, en los últimos años está tomando relevancia el concepto de violencia de odio^{8,9}, que permite al sector de la salud aproximarse a este fenómeno desde una perspectiva más cercana y para la que cuenta con algunas herramientas y marcos conceptuales validados.

Los datos disponibles sobre incidentes de odio en España han provenido históricamente de organizaciones no gubernamentales que atienden en las consultas a las víctimas de este tipo de violencia. En la actualidad, el Ministerio del Interior publica de manera anual estadísticas de denuncias recogidas por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. En los últimos años, las instituciones españolas han llevado a cabo diferentes estrategias encaminadas a mejorar la notificación de incidentes, prestando especial atención a la sensibilización y formación a las fiscalías y a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad Estado^{10–13}. Esto ha contribuido a una mejora en la identificación de estos incidentes y en su reflejo en las estadísticas oficiales, que han pasado de cifrar 92 casos en 2009 a 1419 en 2017. Sin embargo, según apuntan las diferentes organizaciones, la infradenuncia de los incidentes y los delitos de odio, estimada hasta en un 80%, supone una de las mayores limitaciones para caracterizar y conocer este problema en España^{14–16}, que se atribuye a la falta de confianza en los cuerpos policiales por diversos motivos, al miedo a la estigmatización e incluso a una cierta normalización de la violencia por parte de la víctima, entre otras razones. Por tanto, la magnitud de la violencia de odio y de sus consecuencias en España todavía se desconoce.

Los servicios de salud, por una parte, y en particular los servicios de urgencias, a los que acuden a diario personas que han sufrido agresiones o que presentan secuelas de violencia, ocupan una posición ventajosa para identificar este tipo de incidentes. Por otra parte, su intervención es muy importante dado que cumplen un papel crucial en el abordaje tanto clínico como del resto de repercusiones sociales, legales y de salud pública que conlleva este tipo de violencia¹⁷. No obstante, en la mayoría de los casos, el personal sanitario no ha recibido formación específica para ello y no detecta ni pregunta a la víctima las causas de la agresión, de modo que no deja constancia de las lesiones en los partes, lo que contribuye a su infradetección y a la falta de una respuesta adecuada. Como todos los casos de violencia, este es un grave problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos.

Sorprendentemente, las estrategias impulsadas desde la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa y llevadas a cabo por los Estados miembros se han centrado en otros sectores, como el judicial, el policial y el social¹⁸, y han ignorado el importante impacto sobre la salud que tiene este tipo de violencia y el papel clave que pueden desempeñar los servicios de salud en su abordaje, que implica tanto la notificación y el registro como la atención y la mejora del conocimiento. Hasta donde se conoce, en nuestro medio no existen experiencias que aborden la violencia

de odio desde los servicios de salud. Conscientes de esta situación, la Sociedad Española de Medicina Humanitaria decidió crear un grupo de trabajo para estudiar el tema a finales del año 2011, que en 2012 constituyó el Proyecto SIVIVO en la Escuela Nacional de Sanidad-ISCIII.

El objetivo de este estudio es cuantificar y describir los casos de violencia de odio atendidos en los servicios de urgencias de dos hospitales de tercer nivel de la Comunidad de Madrid.

Método

Se ha realizado un estudio transversal, con una duración de 3 años (2015–2018), en pacientes que consultan por agresión en los servicios de urgencias del Hospital Universitario La Paz de Madrid y del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. El criterio de inclusión fue requerir atención por haber sufrido una agresión y aceptar participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron estar bajo los efectos de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína y otras drogas) y ser incapaz de responder al cuestionario; hablar un idioma que hiciera imposible una adecuada comunicación y no disponer de un intérprete; tener un bajo nivel de consciencia que impidiera responder al cuestionario; presentar agresividad en el momento de la exploración que no permitiera su abordaje de una manera adecuada; estar en situación de pánico o en estado de *shock*; y tratarse de mujeres agredidas por sus parejas o exparejas, ya que este tipo de violencia cuenta con protocolos y algoritmos de actuación propios.

Recogida de datos y variables de estudio

Los datos fueron recogidos por el personal facultativo de los servicios de urgencias de ambos hospitales, formados en la violencia de odio, mediante un cuestionario de detección de casos específico para este tipo de violencia, cuya elaboración y características se han descrito previamente¹⁹. Tras un preámbulo en el que se explican brevemente los objetivos del estudio, el cuestionario está dividido en varias secciones que recogen información sociodemográfica de la persona agredida, datos clínico-asistenciales del caso, aspectos del incidente con información sobre la persona o personas agresoras, indicios de violencia de odio e impresiones del personal sanitario. Asimismo, dentro del propio cuestionario se incluye de manera escrita el consentimiento del paciente y otros criterios de exclusión si los hubiere. El cuestionario se completa tras la atención sanitaria que cada paciente precisa y su duración no sobrepasa los 10 minutos en condiciones normales.

Estrategia de análisis

Análisis descriptivo que presenta las variables cualitativas con distribución de frecuencias absolutas y relativas, y la variable edad con media y desviación estándar tras haber comprobado su distribución frente a los modelos teóricos. Se evaluó la posible asociación entre variables cualitativas con los estadísticos ji al cuadrado o prueba exacta de Fisher. Para la comparación de medias se utilizó el test *t* de Student. Se consideró significativo todo valor de $p < 0,05$. Se utilizó el paquete STATA versión 13.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por la Acción Estratégica en Salud en 2013 y por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario La Paz en 2014 (Código HULP:PI-1665).

Resultados

Se administraron 156 cuestionarios de detección de violencia de odio, de los cuales nueve se excluyeron: uno por abuso de sustancias; dos por comportamiento agresivo; uno por dificultades idiomáticas; tres por tratarse de violencia de género, y dos que no aceptaron participar en el estudio. Finalmente se incluyeron 147 participantes. El 49% refirió haber sido víctima de violencia de odio. Las características de la población incluida se muestran en la [tabla 1](#).

El 61% de las personas agredidas por odio se identificaron como hombres. La media de edad de 36 años. El porcentaje de mujeres entre las víctimas de violencia de odio es mayor que en las debidas a otras motivaciones (39% frente al 25%), si bien estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas ($p < 0,08$). La mitad del total era de origen español y un 48,5% tenía estudios medios-altos. Las personas de origen extranjero son agredidas por violencia de odio en mayor proporción que por otras motivaciones (50% frente al 32%). La mayoría de estas personas eran de origen latinoamericano (50%).

En cuanto a los datos asistenciales ([tabla 1](#)), el 68% de las víctimas de delitos de odio acudieron por sus propios medios, el 61% de ellas acompañadas. La gran mayoría no presentaba dificultades funcionales físicas ni mentales. El porcentaje de consumo de alcohol es menor que el detectado en víctimas de violencia por otras motivaciones (24% frente al 38%).

La mayoría de los casos se debieron a reyertas sin armas y el tipo de lesión más común fue la contusión (71%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las lesiones con heridas abiertas, que aparecen en una de cada cuatro agresiones por motivaciones distintas al odio y solo en el 8% de estas últimas ($p < 0,01$). La localización más frecuente fue la cabeza y el cuello (71%), seguida por los miembros superiores, lo que las diferencia de las agresiones por otras motivaciones (37,5% frente a 19%; $p < 0,01$). El pronóstico en más del 80% de los casos es leve y la gran mayoría de estas personas fueron dadas de alta directamente desde urgencias, si bien un 8% requirieron ingreso. También se las derivó significativamente más ($p = 0,05$) a otros dispositivos, como organizaciones no gubernamentales ([tabla 1](#)).

El lugar de la agresión es la calle en casi la mitad de los casos ([tabla 2](#)) y en el propio hogar en un 18% (32% de las mujeres y 9% de los hombres). En más de la mitad de las ocasiones la víctima de la violencia de odio se encontraba sola en el momento de la agresión, y cuando estaba acompañada era por un miembro de su familia (48,5%) o un/a amigo/a (30%). Por el contrario, la mayoría de las víctimas de otros tipos de violencia se encontraban acompañadas, con frecuencia por amistades (51%). Además, en el 61% de los casos la agresión fue perpetrada por más de una persona, a diferencia de los casos de otras violencias, se registra más un único agresor (52%). Respecto a las características de la persona agresora, el 83% eran hombres, con una edad percibida comprendida entre los 18 y 35 años (68%), y desconocidos por la víctima.

En los casos de violencia de odio, los motivos con más frecuencia percibidos fueron, tanto en hombres como en mujeres, el aspecto físico y la nacionalidad o el origen étnico. Entre las mujeres, el 40% de las agresiones se perciben motivadas por el hecho de ser mujeres. Asimismo, la utilización de un lenguaje discriminatorio fue más frecuente que en las agresiones por otros motivos (73% frente a 43,5%; $p < 0,01$), lo que también sucede con la presencia de simbología relacionada con el odio (19% frente a 9%), aunque en este caso las diferencias no fueron significativas. Sin embargo, el 82% de las víctimas nunca habían sido agredidas anteriormente, si bien un 9% reconocen haberlo sido en más de dos ocasiones por ese mismo motivo ([tabla 2](#)). Al ser preguntadas por su intención respecto a la

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de las personas agredidas por violencia de odio frente a otros tipos de violencia

	Violencia de odio		p
	No N (%)	Sí N (%)	
Datos sociales y demográficos			
Edad (media, DE)	35 (15)	36 (14)	0,46
Grupos de edad			0,51
Menor de 18 años	3 (4,1)	1 (1,4)	
18 a 35 años	41 (56,2)	31 (44,9)	
36 a 50 años	17 (23,3)	25 (36,2)	
51 a 65 años	9 (12,3)	8 (11,6)	
Mayor de 65 años	3 (4,1)	4 (5,8)	
Sexo			0,07
Hombre	54 (75)	43 (60,6)	
Mujer	18 (25)	28 (39,4)	
Identidad de género ^a			0,99
Cis	72 (98,6)	71 (98,6)	
Trans	1 (1,37)	1 (1,39)	
Origen			0,03
Español	48 (67,6)	36 (50)	
Extranjero	23 (32,4)	36 (50)	
Nacionalidad			0,22
Española	51 (70,8)	44 (61,1)	
Otra	21 (29,2)	28 (38,9)	
Año de llegada a España (media, DE)	2006 (10)	2003 (10)	0,14
Nivel de estudios			1,00
Bajos	1 (1,4)	1 (1,5)	
Medio-bajos	14 (19,7)	13 (19,1)	
Medio-altos	33 (46,5)	33 (48,5)	
Altos	23 (32,4)	21 (30,9)	
Datos de la atención sanitaria			
Ingreso primario	66 (97,1)	62 (98,4)	0,23
Acude por medios propios	47 (64,4)	48 (67,6)	0,91
Acude con compañía	41 (56,9)	43 (60,6)	0,66
Quién le acompaña			0,47
Familiar	23 (56,1)	22 (51,2)	
Amigo/a	15 (36,6)	16 (37,2)	
Otras personas	3 (7,3)	5 (11,6)	
Datos de las personas atendidas			
Diversidad funcional	2 (3)	1 (1,4)	0,75
Discapacidad intelectual	2 (2,9)	4 (5,7)	0,60
Sospecha/consumo de alcohol	27 (38)	17 (24,3)	0,27
Sospecha/consumo de drogas	10 (15,9)	9 (13,2)	0,20
Tipo de agresión			
Pelea o reyerta sin armas	67 (89,3)	60 (83,3)	0,29
Ahorcamiento	4 (5,3)	5 (6,9)	0,68
Arma cortante	4 (5,3)	3 (4,2)	0,74
Violación	-	2 (2,8)	-
Otros	4 (5,3)	8 (11,1)	0,20
Tipo de lesión			
Contusión	53 (70,7)	51 (70,8)	0,77
Herida superficial	21 (28)	21 (29,2)	0,79
Fractura	10 (13,3)	6 (8,3)	0,36
Herida abierta	18 (24)	6 (8,3)	0,01
Esguince	3 (4)	2 (2,8)	0,71
Quemadura	-	2 (2,8)	-
Otros	9 (12)	14 (19,4)	0,21
Localización de la lesión			
Cabeza y cuello	57 (76)	51 (70,8)	0,57
Miembro superior	14 (18,7)	27 (37,5)	0,01
Tórax	18 (24)	16 (22,2)	0,83
Miembro inferior	9 (12)	12 (16,7)	0,40
Abdomen	5 (6,7)	2 (2,8)	0,28
Genitales	-	1 (1,4)	-
Pronóstico leve	56 (80)	52 (81,3)	0,74
Resolución			0,37
Alta	59 (89,4)	60 (90,9)	
Ingreso	2 (3)	5 (7,6)	
Observación	3 (4,5)	1 (1,5)	
Traslado	1 (1,5)	-	
Alta voluntaria	1 (1,5)	-	

Tabla 1 (continuación)

	Violencia de odio		p
	No N (%)	Sí N (%)	
<i>Lugar de derivación</i>			
Centro de salud	46 (61,3)	46 (63,9)	0,70
Consultas externas	4 (5,3)	2 (2,8)	0,44
Servicios sociales	5 (6,7)	2 (2,8)	0,27
Otros	5 (6,7)	10 (13,9)	0,05

DE: desviación estándar.

^a Cis: su identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento; Trans: su identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacimiento.

Tabla 2

Características de los incidentes de violencia de odio frente a otros tipos de violencia

	Violencia de odio		p
	No N (%)	Sí N (%)	
Características de la agresión			
<i>Agresión en fin de semana (de viernes a domingo)</i>	43 (60,6)	33 (46,5)	0,10
<i>Lugar de la agresión</i>			
Calle	36 (48)	34 (47,2)	0,96
Hogar	13 (17,3)	13 (18,1)	0,85
Otro	24 (32)	30 (41,7)	0,08
<i>Estaba sola al ocurrir la agresión</i>	32 (47,1)	39 (54,2)	0,40
<i>Quién le acompañaba</i>			0,41
Familiar	12 (32,4)	16 (48,5)	
Amigo/a	19 (51,4)	10 (30,3)	
Persona conocida	5 (13,5)	5 (15,2)	
Características de las personas agresoras			
<i>Número</i>			0,30
Una	35 (52,2)	26 (39,4)	
Dos	11 (16,4)	19 (28,8)	
Más de dos	21 (31,3)	21 (31,8)	
<i>Sexo</i>			0,52
Hombre/s	54 (79,4)	59 (83,1)	
Mujer/es	9 (13,2)	7 (9,9)	
Mixto	5 (7,4)	5 (7)	
<i>Conocida por la víctima</i>	29 (41,4)	24 (34,8)	0,42
<i>Edad</i>			
Menor de 18 años	4 (5,3)	5 (6,9)	0,70
18 a 35 años	47 (62,7)	49 (68,1)	0,56
36 a 50 años	14 (18,7)	16 (22,2)	0,62
51 a 65 años	3 (4)	3 (4,2)	0,97
Mayor de 65 años	1 (1,3)	0	-
Indicios de violencia de odio			
<i>Se empleó un lenguaje discriminatorio</i>	30 (43,5)	49 (73,1)	< 0,01
<i>Había presencia de simbología de odio</i>	6 (9,2)	11 (18,6)	0,21
<i>Agresiones previas por este motivo</i>			0,29
Nunca	54 (78,3)	55 (82,1)	
1 vez	9 (13)	6 (9)	
2 a 5 veces	6 (8,7)	3 (4,5)	
>5 veces	0 (0)	3 (4,5)	
Otros datos			
<i>Intención de denunciar la agresión</i>	53 (81,5)	60 (89,6)	0,35
<i>El personal sanitario opina que se trata de violencia de odio</i>	13 (20)	51 (71,8)	

denuncia, el 90% de las víctimas de la violencia de odio manifestaron su deseo de denunciar el incidente.

Discusión

El presente estudio es el primero en España que describe los casos de violencia de odio atendidos en servicios de urgencias hospitalarios utilizando una metodología y unos instrumentos diseñados para tal objetivo. Se pone de relieve la existencia de unas características especiales de este tipo de violencia, que la

singularizan de otras formas de violencia y que la hacen merecedora de una atención específica.

En España existen estudios que han avanzado en el conocimiento de las agresiones y su atención desde los servicios de urgencias en los últimos años, sobre todo referidos a la violencia de género. Sin embargo, apenas existen trabajos que aborden las agresiones desde una perspectiva de odio, discriminación o diversidad. Entre ellos, Samanes et al.²⁰ encuentran en Zaragoza una mayor tasa de agresiones y una mayor gravedad en personas de origen extranjero atendidas en un servicio de urgencias hospitalario²⁰. Y algo similar señalan Clément et al.²¹ en Berna, Suiza²¹. También un estudio etnográfico realizado en Cataluña constató la existencia de un discurso racista y xenófobo hegemónico entre jóvenes en edad escolar y su relación con la violencia hacia migrantes de origen africano²². Por otro lado, en el contexto de la validación de dos escalas para la medición del estigma y el bienestar, Strizzi et al.²³ estudiaron la relación entre haber sufrido incidentes violentos por motivos LGTB-fóbicos y el bienestar autopercibido, y encontraron una relación inversa entre ambos²³.

Diversos trabajos realizados en el contexto de la atención urgente han apuntado a una relación entre el consumo de alcohol y la violencia^{24,25}. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que entre las víctimas de la violencia de odio el consumo de alcohol es menor que en otros tipos de violencia, por lo que, aunque en muchas ocasiones el consumo de alcohol puede catalizar una actitud agresiva, este no parece tener un papel tan importante cuando existen motivaciones concomitantes, como el rechazo hacia una característica de la víctima, que pretende legitimar el acto violento. Por otro lado, el menor consumo de alcohol encontrado puede estar relacionado con que la violencia de odio, a diferencia de otras violencias, no se concentra mayoritariamente en los fines de semana. Por tanto, cabe prestar una mayor atención al contexto de la agresión, más allá del consumo de alcohol u otras sustancias, y tener en cuenta otros determinantes como el origen geográfico, el grupo étnico, la orientación sexual o la pobreza.

Según nuestro estudio, el perfil de la víctima de la violencia de odio parece diferir del de otras violencias. Así, según el Ministerio del Interior, de las 405 lesiones intencionales registradas en 2017, solo el 26% eran de mujeres²⁶, frente a nuestro casi 40%, lo que podría explicarse por una menor denuncia entre las mujeres, quizá porque encuentren más barreras para ello, incluida la del miedo al estigma social, familiar e incluso al autoestigma, algo que sucede en otros tipos de violencia contra las mujeres²⁷. El informe del Ministerio mencionado también muestra una menor proporción de personas extranjeras que nuestro estudio, lo que también puede deberse a que estas denuncien menos tales incidentes. En cuanto a los diferentes tipos de violencia de odio, los resultados son congruentes con otros estudios que encuentran una proporción mayor de incidentes motivados por la apariencia²⁵, la nacionalidad o la etnia de la víctima^{20,21,28}.

Respecto al perfil de la persona agresora, si el porcentaje de hombres es mayor entre quienes ejercen la violencia en general², parece ser incluso superior en la motivada por odio. Además, estos hombres la perpetran en pequeños grupos, lo cual podría estar asociado a mecanismos de control y resolución violenta de conflictos relacionados con la masculinidad hegemónica y otros aspectos del *status quo*²⁹. El fenómeno de la violencia de odio podría verse como una respuesta desde los poderes fácticos hegemónicos, para los que la diversidad representa una amenaza. En relación con la edad de las personas agresoras, si bien los datos recogidos parten de la percepción de la víctima, la distribución de los grupos de edad es congruente con la evidencia existente sobre la violencia interpersonal³.

La definición de caso, lo mismo que en otros estudios, se basa en la percepción de la víctima sobre la motivación de la agresión. Este estudio incorpora además otros indicadores, como la utilización

de un lenguaje discriminatorio y la objetivación de la simbología de odio en el entorno del incidente. Si bien los insultos o la simbología son comunes en incidentes violentos, ambos indicadores están más presentes en los casos de violencia de odio³⁰. No obstante, aunque un insulto discriminatorio es fácil de captar y entender, algunos elementos simbólicos, tales como una indumentaria específica, tatuajes o pintadas, pueden ser desconocidos o pasar desapercibidos para las víctimas, por lo que la magnitud de estos hallazgos en nuestro estudio podría estar infraestimada. Para minimizar el posible sesgo, el personal sanitario recibió formación específica en estos aspectos.

Los sistemas de información en salud tienen grandes limitaciones para recoger información sobre los diferentes tipos de violencia, como han puesto de manifiesto estudios sobre el Conjunto Mínimo Básico de Datos³¹ y los partes de lesiones^{32,33}. La cumplimentación de un cuestionario en el momento de la atención en el servicio de urgencias ha permitido recopilar datos muy específicos sobre la agresión y hacer posible la detección de un tipo de violencia escasamente notificado. En nuestro estudio, el 49% de las agresiones registradas se debieron a violencia de odio. Un estudio hospitalario realizado en el Reino Unido, con entrevistas en profundidad a 124 víctimas de agresión, encontró un 18% de víctimas de violencia de odio²⁵, frente al 35% encontrado por otro estudio realizado también en el Reino Unido, con una muestra de 4000 personas³⁴. La discrepancia entre los datos podría estar relacionada con las diferentes metodologías utilizadas para detectar los casos de violencia de odio en ambos estudios o con un posible sesgo de selección. Nuestro estudio, en cualquier caso, no aspira a conocer la prevalencia de las agresiones motivadas por el odio, debido a la gran complejidad que esto conllevaría sin un sistema de información sanitaria establecido o sin realizar una encuesta aleatoria de ámbito estatal. Debemos tener en cuenta que habrá víctimas de agresión que no han sido captadas para nuestro trabajo, bien sea porque en el momento de la admisión no había personal facultativo adscrito al estudio que recogiese la información o porque no se diese aviso desde el triaje. A esto se añaden otros factores propios de los servicios de urgencias, como la presión asistencial, la existencia de múltiples protocolos de investigación y la rotación frecuente del personal, entre otros^{35,36}. Por otra parte, las personas con lesiones más graves y que precisan una atención quirúrgica urgente acceden rápidamente al quirófano y permanecen poco tiempo en el servicio de urgencias. Es muy posible que aquellas personas que sufrieron cuadros de mayor gravedad no hayan sido seleccionadas para el estudio y se haya infraestimado la gravedad de las lesiones causadas por la violencia de odio.

La fortaleza de este estudio reside, especialmente, en haber podido aproximarse a la violencia de odio desde la atención sanitaria urgente. Si bien se trata de una serie de casos amplia para el entorno de las urgencias hospitalarias, el tamaño de la muestra no ha permitido realizar un análisis desagregado por sexo ni por los distintos tipos de motivación de la agresión. Dado que estas motivaciones están basadas en poblaciones con características diferentes, sería recomendable realizar nuevos estudios que permitan describir en profundidad los diversos perfiles de las víctimas de violencia de odio y aproximarse a sus necesidades específicas.

Las agresiones son la parte más visible de la violencia desde el sistema sanitario. No obstante, existen otras manifestaciones de la violencia de odio, cuyo impacto sobre la salud no es despreciable y que están relacionadas con delitos de lesiones menores, amenazas, daños, injurias, situaciones de discriminación, trato degradante, coacciones, etc., según se recoge en los informes del Ministerio del Interior sobre los incidentes de odio²⁶. La inmensa mayoría de las víctimas atendidas en nuestro estudio deseaban denunciar las agresiones sufridas. Dado que la infradenuncia es uno de los grandes desafíos para cuantificar los incidentes de odio, debería estudiarse a fondo qué ocurre tras la atención sanitaria urgente. Mejorar la continuidad del tratamiento, incluyendo la coordinación con los

servicios sociales y organizaciones de apoyo, así como una mejor cumplimentación de los partes de lesiones y la coordinación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, podrían aumentar las tasas de denuncia de estos incidentes.

Los resultados obtenidos en este estudio, junto con otras medidas particulares surgidas durante su transcurso^{9,17}, podrían facilitar la implantación de un protocolo de atención específica para este tipo de violencia. Además, la vigilancia epidemiológica de estos casos permitiría conocer con exactitud la magnitud real de este problema de salud y ofrecer una atención integral de calidad a las víctimas de la violencia de odio.

Editor responsable del artículo

Javier García Amez.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La violencia de odio es un problema emergente de salud pública debido a su magnitud, sus consecuencias en salud, su impacto en los servicios de salud y el malestar comunitario y social que provoca. No existen estudios en España que aborden la violencia de odio desde el ámbito sanitario.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se describen las características de las víctimas de odio atendidas en urgencias hospitalarias, epidemiológicas y asistenciales, así como el contexto de las agresiones sufridas, y se comparan con otras agresiones no de odio dentro del estudio.

Contribuciones de autoría

C.C. Gil-Borrelli, M.A. Rodríguez Arenas y L. López-Corcuera elaboraron el diseño y la introducción; P. Latasa Zamalloa, M.D. Martín Ríos y L.D. Ben-Abdellahb realizaron el análisis y los resultados; M.A. Rodríguez Arenas y C.C. Gil-Borrelli elaboraron la discusión. Todo el manuscrito ha sido discutido y finalmente aprobado por sus firmantes. Este trabajo no habría sido posible sin el resto del Equipo de Investigación SIVIVO, cuyos miembros han colaborado todos en diferentes fases del estudio: formación de profesionales, captación de pacientes, recogida de datos, elaboración de herramientas, pilotaje y mejora del cuestionario, etc.

Agradecimientos

Al personal de los servicios de urgencias del Hospital Universitario La Paz y del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y a la Sociedad Española de Medicina Humanitaria.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por la Acción Estratégica en Salud (PI13/02267) y cofinanciado con fondos FEDER.

Conflictos de intereses

Las personas firmantes declaran no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración de este artículo. Las opiniones expresadas son propias y no representan necesariamente la posición oficial del Instituto de Salud Carlos III, del Hospital Universitario La Paz ni del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Grupo de Investigación SIVIVO

M. Ángeles Rodríguez-Arenas, Christian Gil-Borrelli, Araceli Capa Sanz, Lourdes Gutiérrez Trujillo y Carlos Iniesta Mármol (Instituto de Salud Carlos III, Madrid); Olga Bañón Pedrera, Begoña Reche Martínez, Rosario Torres Santos-Olmo, Eva Muriel Patiño, Lorena López Corcuera, Lubna Dani Ben-Abdellah, Sergio Alexandre Carmona, David Parra Blázquez, Ana Gómez y Manuel Quintana Díaz (Hospital Universitario La Paz, Madrid); M. Dolores Martín-Ríos, Juan López López y Joaquín García Cañete (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid); Pello Latasa Zamalloa (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid).

Bibliografía

- Office for Democratic Institutions and Human Rights. Combating hate crimes in the OSCE region - overview of statistics, legislation and national interventions. Warsaw: ODIHR, Organization for Security and Cooperation in Europe; 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C: OPS; 2003.
- Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20 (Supl):63–70.
- Ardley J. Hate crimes: a brief review. *Int J Sociol Soc Policy*. 2005;25:54–66.
- Hutson HR, Anglin D, Moore J. Hate crime violence and its emergency department management. *Ann Emerg Med*. 1997;29:786–91.
- Paterson JL, Brown R, Walters MA. The short and longer term impacts of hate crimes experienced directly, indirectly, and through the media. *Pers Soc Psychol Bull*. 2018.
- Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2006;129:674–97.
- Berger M, Samyay Z. More than skin deep: stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress*. 2015;18:1–10.
- Gil-Borrelli CC, Martín Ríos MD, Rodríguez-Arenas MA. Propuesta de actuación para la detección y la atención a víctimas de violencia de odio para profesionales de la salud. *Med Clin (Barc)*. 2018;150:155–9.
- Dirección General de la Policía. Procedimiento de hechos delictivos motivados por el odio o la discriminación. Barcelona: Dirección General de la Policía, Generalitat de Catalunya; 2010.
- Instrucción de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se aprueba el "Protocolo de Actuación para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para los Delitos de Odio y Conductas que Vulneran las Normas Legales sobre Discriminación". Instrucción n.º 16/2014 (7 enero 2015).
- Aguilar MA, Gómez Martín V, Tamarit JM. Manual práctico para la investigación y enjuiciamiento de los delitos de odio. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Generalitat de Catalunya; 2015.
- CIDALIA Consultora en Diversidad SLL; Sola I, López P. Cómo actuar ante casos de discriminación y delitos de odio e intolerancia: guía práctica. Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades; 2015. Disponible en: <https://publicacionesoficiales.boe.es/detail.php?id=005968516-0001>
- Martín Romero L. Sondeo COGAM 1, SOS-Homofobia 2008. Madrid: Colectivo de Gais y Lesbianas de Madrid; 2009. (Consultado el 1/5/2019.) Disponible en: <http://www.cogam.es/stop-lgtbfobia/>
- Fiscalía Provincial de Barcelona, Servicio de Delitos de Odio y Discriminación. Memoria 2010. (Consultado el 1/5/2019.) Disponible en: <http://www.red-network.eu/resources/toolip/doc/2011/11/08/fiscalia-delitos-odio-bcn-memoria-2010.pdf>
- European Union Agency for Fundamental Rights. Report on racism and xenophobia in the Member States of the EU. Wien: FRA; 2007. Disponible en: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/4975e6d3-00db-444a-9960-20a6e8639198/language-en>
- Rodríguez-Arenas MA, Martín-Ríos MD, Gil-Borrelli CC. Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. *Gac Sanit*. 2018;32:114–6.
- Office for Democratic Institutions and Human Rights. Hate crime data-collection and monitoring mechanisms: a practical guide. Warsaw: ODIHR, Organization for Security and Cooperation in Europe; 2014. Disponible en: <https://www.osce.org/odihr/datacollectionguide>
- Gil-Borrelli CC, Martín-Ríos MD, Corcuera LL, et al. Elaboración de un cuestionario de detección de casos de violencia de odio en urgencias hospitalarias. *Gac Sanit*. 2019 May 14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006> [Epub ahead of print]. pii: S0213-9111(19)30077-9.
- Samanes E, Morellón M, Egido T, et al. Estudio comparativo de las agresiones a españoles y a extranjeros atendidas en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2011;23:266–70.
- Clément N, Businger A, Lindner G, et al. Temporal factors in violence related injuries: an 11 year trend analysis of violence-related injuries from a Swiss emergency department. *Wien Klin Wochenschr*. 2012;124:830–3.
- Serra C. Rhetoric of exclusion and racist violence in a Catalan secondary school. *Anthropol Educ Quart*. 2004;35:433–50.
- Strizzi J, Fernández-Agís I, Parrón-Carreño T, et al. Enacted sexual stigma, stigma consciousness, and subjective happiness scale adaptation: a two-country study. *J Interpers Violence*. 2016;31:316–38.
- Burkert NT, Rásky E, Freidl W, et al. Female and male victims of violence in an urban emergency room prevalence, sociodemographic characteristics, alcohol intake, and injury patterns. *Wien Klin Wochenschr*. 2013;125:134–8.
- Sivarajasingam V, Read S, Svobodova M, et al. Injury resulting from targeted violence: an emergency department perspective. *Crim Behav Ment Health*. 2018;28:295–308.
- Gabinete de Coordinación y Estudios. Informe sobre incidentes relacionados con delitos de odio en España. Madrid: Ministerio del Interior; 2017. (Consultado el 1/5/2019.) Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/7146983/ESTUDIO+INCIDENTES+DELITOS+DE+ODIO+2017+v3.pdf/5d9f1996-87ee-4e30-bff4-e2c68fade874>
- Kennedy AC, Prock KA. "I still feel like I am not normal": a review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19:512–27.
- Tessler RA, Langton L, Rivara FP, et al. Differences by victim race and ethnicity in race- and ethnicity-motivated violent bias crimes: a national study. *J Interpers Violence*. 2018;00:1–22.
- Hatty SE. Masculinities, violence and culture. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.
- Masucci M, Langton L. Hate crime victimization, 2004–2015. Washington, D.C: Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice; 2017. (Consultado el 1/5/2019.) Disponible en: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/hcv0415.pdf>
- Gil-Borrelli CC, Latasa P, Martín-Ríos MD, et al. La violencia interpersonal en España a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit*. 2018 Jun 1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.008> [Epub ahead of print] pii: S0213-9111(18)30087-6.
- Sarrión MT, Aracil C, Molina M, et al. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones emitidos por un servicio hospitalario de urgencias. *Emerg*. 1995;7:245–51.
- García Minguito L, Casas Sánchez JD, Rodríguez Albarran MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gac Sanit*. 2012;26:256–60.
- Chakraborti N, Garland J, Hardy S. The Leicester Hate Crime Project - findings and conclusions. Leicester: University of Leicester; 2014. (Consultado el 1/5/2019.) Disponible en: <https://le.ac.uk/hate-studies/research/the-leicester-hate-crime-project/our-reports>
- Miró O, González-Duque A, Cinesi C, et al. Artículos publicados en Emergencias entre 2000 y 2004: participación de los urcenciólogos y comparación con su aportación en las revistas indexadas. *Emergencias*. 2008;20:308–15.
- Miró O, Sesma J, Burillo-Putze G. La investigación en medicina de urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 (Supl):215–27.