



Programa de Doctorado en
Ciencias de la Salud

**VIOLENCIA DE ODIO EN ESPAÑA:
SITUACIÓN Y ABORDAJE DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

Tesis Doctoral
presentada por

CHRISTIAN CARLO GIL BORRELLI

Directoras:

Dra. M. Ángeles Rodríguez Arenas

Dra. M^a Dolores Martín Ríos

Alcalá de Henares, 2022



AGRADECIMIENTOS

A mis directoras de tesis, Ángeles Rodríguez Arenas y Lola Martín Ríos, por toda la
confianza vertida en mí,

A todo el equipo de Proyecto SIVIVO, por haber creído en esta iniciativa,

A mi familia, por haberme brindado las herramientas necesarias para llegar hasta donde
me proponga,

A mi pareja, Pello, por su apoyo y cariño incondicional,

Gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Los incidentes y delitos de odio: una forma de violencia	2
Conceptualización de los incidentes y delitos de odio	3
Tipología de los incidentes y delitos de odio	6
Características de los incidentes de odio	8
Primeros pasos frente a los incidentes y delitos de odio	9
Situación de los incidentes y delitos de odio en España	13
La violencia de odio	17
El impacto de la violencia de odio en la salud	18
El abordaje de la violencia desde el ámbito de la salud	20
Investigación sobre violencia en España	22
La violencia en los sistemas de información en salud	25
Justificación del estudio	26
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	28
Objetivo principal	29
Objetivos secundarios	29
MÉTODOS Y RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	32
La violencia de odio en los sistemas de información en salud	33
La detección de casos de violencia de odio	39
Características de las víctimas de violencia de odio	41
El registro de la violencia de odio fuera del sector salud	44
Atención sociosanitaria a las personas víctimas de violencia de odio	48
Derivación y apoyo social a supervivientes de violencia de odio	56
Aspectos éticos en el abordaje de casos de violencia de odio	59
El papel del sector salud en la violencia de odio	59
CONCLUSIONES	63
Conclusiones	64
Recomendaciones	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

Los incidentes y delitos de odio: una forma de violencia

En las últimas décadas, el mundo ha experimentado un acelerado proceso de globalización. Hoy en día, gracias a progresivos avances en el reconocimiento de los derechos de los grupos minoritarios y una mayor facilidad en la movilidad migratoria, las sociedades que antes eran más homogéneas se han convertido en comunidades de gran diversidad en cuanto al origen étnico, el color de la piel, la nacionalidad, la orientación sexual o la confesión religiosa. Esta transformación, sin embargo, ha venido acompañada de un resurgimiento de los discursos contra “lo diferente” que tantas veces a lo largo de la Historia ha mostrado ser fatal para la Humanidad. En este contexto, las sociedades de todo el mundo están siendo testigos del auge de un fenómeno que se ha denominado como incidentes y delitos de odio y que, como todos los casos de violencia, impacta directa e indirectamente en la salud de quienes la sufren, al mismo tiempo que constituyen un atentado contra los Derechos Humanos.

Aunque en el desarrollo de este término se han acuñado múltiples y diferentes definiciones, el consenso actual define un delito de odio como un acto criminal motivado por un prejuicio contra grupos particulares de personas¹. Los delitos de odio se caracterizan por tener dos elementos imprescindibles: en primer lugar, que el acto cometido constituya un delito según el código penal establecido. El segundo elemento es que la persona que infringe esta acción elige intencionalmente un objetivo, personal o material, por su relación, conexión, simpatía, filiación, apoyo o pertenencia a un grupo con una característica determinada, ya sea esta real o percibida, como el origen étnico, la nacionalidad, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la confesión religiosa, la edad, el idioma, la discapacidad intelectual o física, etc. Cuando un acto cometido con un motivo de odio no alcanza el umbral de delito, bien porque no se haya podido probar o porque el acto no esté considerado como tal bajo la legislación vigente, se utiliza el término "incidente de odio"². Los delitos de odio incluyen actos de violencia, tales como acoso, agresión, homicidios, o daños contra la propiedad, como prender fuego en casas o negocios, o la destrucción o vandalización de edificios religiosos.

Como toda forma de violencia, los incidentes de odio suponen un impacto en la salud de las personas que los sufren, pero también en sus allegados. El impacto de los incidentes de odio en la salud de las víctimas incluye no solo las lesiones físicas, que pueden llegar a ser mortales, sino que también repercute en el bienestar psicológico y social. Las víctimas de esta violencia son elegidas por sus agresores en base a una característica, generalmente inmutable, como el color de la piel, la procedencia o la orientación sexual, lo que implica un ataque a la identidad y la dignidad de la víctima, a la vez que supone un riesgo continuo a ser victimizada por el mismo motivo. Por tanto, además del miedo, la desconfianza y el estrés postraumático, esta violencia puede producir una merma en la autoestima de la víctima, conduciendo a episodios de ansiedad y depresión. Asimismo, las víctimas de esta violencia pueden modificar sus hábitos, tales como dejar de visitar espacios a los que anteriormente acudía, como el templo o lugares de reunión, como estrategia de evitación de conflictos. Debido a que el ataque se produce, en parte o en su totalidad, en base a una característica de la víctima, todas aquellas personas que compartan dicha característica, por ejemplo, la confesión religiosa o una característica funcional, pueden sentirse amenazadas y sentir este miedo, ansiedad o modificación de su conducta, a pesar de no haber sufrido una victimización de manera directa³. El impacto en salud de esta violencia se extiende, por tanto, a toda una comunidad, incrementando las desigualdades entre los colectivos vulnerables y aquellos privilegiados. Como una forma más de violencia, los incidentes de odio suponen un problema de salud pública⁴.

Conceptualización de los incidentes y delitos de odio

El concepto de delito de odio tiene su origen en los Estados Unidos de América cuando en 1985 una ola de crímenes de carácter étnico, nacionalista y religioso atravesó el país. Ante este aumento de los delitos de odio a lo largo y ancho de EEUU durante los años 80 y 90 del siglo XX, 46 estados americanos y el Distrito de Columbia promulgaron leyes en respuesta a los mismos. Debido a ello, el Federal Bureau of Investigation (FBI) adoptó una serie de medidas, que llevaron a EEUU a la vanguardia en materia de legislación frente a este tipo de violencia, a la que posteriormente se sumaron otros países anglosajones y del Norte de Europa.

En estos primeros años, la coexistencia de múltiples marcos legales con sus propias definiciones complicó la coordinación internacional frente a este problema, ya que en diferentes países, o incluso en diferentes estados de EEUU, las definiciones de delito de odio diferían unas de otras (tabla 1).

Tabla 1. Primeras definiciones de los crímenes (delitos) de odio.

Término utilizado	Definición	Fuente	Año
<i>Hate Crime</i> (Crimen de odio)	“acto designado que demuestra el prejuicio del acusado, basado en la raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estatus marital, apariencia personal, orientación sexual, responsabilidad familiar, discapacidad física, o afiliación política, real o percibida, de la víctima sujeto del acto designado”.	Washington DC, Cód. §22-4001	1989
<i>Hate Crime</i> (Crimen de odio)	“crimen en el que el acusado selecciona una víctima intencionalmente, o en el caso de un crimen contra la propiedad, la propiedad que es objeto del crimen, por causa de la raza, color, religión, origen nacional, etnia, género, discapacidad u orientación sexual, percibida, o actual, de cualquier persona”.	Violent Crime Control and Law Enforcement Act, EEUU	1994
<i>Hate Crime; Bias Crime</i> (Crimen de odio; crimen por prejuicio)	“Crímenes de odio o crímenes motivados por prejuicio son definidos como ofensas motivadas por odio en contra de una víctima basada en su raza, religión, orientación sexual, discapacidad, etnia u origen nacional”	Bureau of Justice Assistance, U.S. Department of Justice	1997
<i>Hate Crime; Bias Crime</i> (Crimen de odio; crimen por prejuicio)	“Un crimen de odio, también conocido como crimen por prejuicio, es una ofensa criminal cometida contra una persona, propiedad o comunidad, la cual es motivada, completa o parcialmente, por el prejuicio del infractor en contra de una raza, religión, discapacidad, orientación sexual, etnia u origen nacional”	Federal Bureau of Investigation (FBI).	1999
<i>Hate Crime</i> (Crimen de odio)	“Crímenes de odio, origen. EEUU, un crimen, usualmente violento, motivado por odio o intolerancia de otro grupo social, especialmente basado en raza o sexualidad; crimen de este tipo.”	Diccionario Oxford	2002

Fuente: *Centro por la Justicia y el Derecho Internacional. Diagnóstico sobre los Crímenes de odio en Nicaragua y Honduras: Crímenes de odio como concepto de trabajo. Pág: 17.*

En un principio, esta falta de una definición consolidada supuso un problema para la recogida y compilación de datos y estadísticas a nivel nacional e internacional⁵. Por otro lado, aunque muchos países han procedido a incluir el concepto de delito de odio dentro de su corpus jurídico, existen todavía muchos otros que no consideran la violencia motivada por odio o intolerancia como un delito en sí, sino como una agravante dentro del acto delictivo. Este fue durante muchos años el caso de la legislación española, cuyo Código Penal de 1994⁶ contemplaba en su artículo 244, como agravante, el hecho de que el delito hubiera sido motivado por prejuicios contra la ideología, la creencia, la religión, la etnia, la nacionalidad, el género, la orientación sexual, la enfermedad o la discapacidad. La reforma del Código Penal que entró en vigor a mediados de 2015 ha permitido una mejor delimitación de los delitos de odio, aunque no los regula de manera concreta incluyendo características específicas en la persecución de ciertos delitos⁷. La delimitación conceptual del delito de odio que sirve para perseguirlos judicialmente vendría de la interpretación de diferentes artículos⁸:

Tabla 2. Artículos del Código Penal español aplicables en la persecución de los incidentes y delitos de odio.

Artículo	Descripción
22.4	Aplicación de la circunstancia agravante genérica.
170.1	Delito de amenazas dirigidas a atemorizar un grupo étnico, cultural o religioso, o un colectivo social o profesional, o cualquier otro grupo de personas.
173	Delitos contra la integridad moral.
314	Delito contra la discriminación en el ámbito laboral.
510	Delito e incitación al odio, la violencia o la discriminación.
511	Delitos de denegación discriminatoria de prestaciones o servicios públicos.
512	Delitos de denegación discriminatoria de prestaciones o servicios en el ámbito empresarial.
515.4	Delito de asociación ilícita para cometer un delito discriminatorio.
522 a 525	Delitos contra la libertad de conciencia y los sentimientos religiosos.
607 y 607 bis	Delitos de genocidio y lesa humanidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *Delitos de odio. Guía Práctica para la Abogacía. Fundación Abogacía Española. Madrid, 2018.*

Tipología de los incidentes y delitos de odio

Para conceptualizar las diferentes formas de incidentes de odio, Levin et al.⁹ clasificaron estos eventos en tres categorías básicas: activos (*thrill*), reactivos (*reactive*) y de misión (*mission*). A estas tres categorías se sumaría una cuarta, denominada de venganza o represalia (*reliatory*).

En los incidentes de odio **activos**, los autores buscan de manera intencional y premeditada, de forma activa, a miembros de un grupo diana en las áreas donde estas comunidades viven o se reúnen. Los agresores acuden atraídos por la excitación que les produce este momento, la pelea y la vejación y victimización de quien consideran como inferior y miembro de un grupo diferente al suyo, y que pertenecen a una otredad carente de dignidad. En los incidentes de odio activos los autores suelen ser hombres jóvenes o adolescentes, sin que exista un evento o factor precipitante entre el agresor y la víctima. Hombres gays, mujeres lesbianas y mujeres trans son frecuentemente objeto de este tipo de violencia.

En los incidentes de odio **reactivos**, sus autores legitiman sus acciones argumentando que se “defienden” de lo que ellos perciben como una amenaza a la estabilidad de su entorno (como el barrio, el centro educativo o el espacio laboral) por parte de un “grupo externo” (outsiders). Los perpetradores de los incidentes de odio de tipo reactivo suelen aprovechar lo que consideran un fenómeno precipitante o gatillo como motivador o catalizador para sus agresiones. A diferencia de los perpetradores activos, los autores de los incidentes de odio reactivos no precisan salir de su entorno inmediato para localizar a sus víctimas. Normalmente, su perfil responde al de un hombre adulto, que dirige su violencia contra uno o varios individuos a los cuales percibe como una amenaza a su *status quo* y tiene la intención de enviar un mensaje al colectivo de la víctima de que no es bienvenido al entorno compartido con el agresor. Según los investigadores citados, el proceso de victimización concurre mediante una escalada de violencia que va en aumento desde la intimidación, la violencia verbal y psicológica, el daño a infraestructuras pertenecientes o relacionadas con la o las víctimas, hasta la agresión física o incluso la muerte. En ocasiones, estos actos son realizados con premeditación y alevosía, siendo planeados de antemano. Este tipo de violencia ha sido descrito ligado a agresiones racistas, xenofóbicas o contra la libertad religiosa.

Un tercer tipo son los incidentes de odio tipificados como **misión**. Los autores de estos actos creen tener la “misión” de liberar al mundo de los miembros de un grupo o comunidad en particular y están convencidos de que han sido instruidos y/o elegidos para llevar a cabo esta “misión” por una autoridad o ser superior; otros creen también que su grupo objetivo está llevando a cabo una conspiración y/o que son responsables del infortunio del perpetrador. Estos actos están generalmente cometidos por hombres

adultos, los cuales eligen a múltiples víctimas de un grupo en la propia área de residencia o reunión de la víctima. En ocasiones, estos individuos son miembros de una asociación o grupo de odio organizado; es común que los autores, después de llevar a cabo su misión, se quiten la vida. También es frecuente que estos individuos presenten algún grado de psicosis o trastorno de su salud mental. Los incidentes de odio de tipo misión son los más letales, aunque también los menos frecuentes. Un ejemplo de este tipo de incidente de odio es el tiroteo masivo de la isla de Utøya en Noruega, donde en 2011 fueron asesinados 85 jóvenes pertenecientes a las juventudes socialdemócratas del país por parte de un terrorista de extrema derecha, cuya intención era liberar a Europa de lo que consideraba un deterioro cultural producido por del islam y el feminismo.

Además, el grupo agredido puede querer tomarse la justicia por su mano debido a los sentimientos de venganza contra el grupo agresor, por lo que cualquiera de estos tipos de violencia puede desencadenar represalias, lo cual se denomina incidente de odio de tipo **venganza** o represalia.

Características de los incidentes de odio

Aunque todas las formas de violencia comparten algunas características, diversos estudios apuntan a ciertas diferencias con otros tipos de violencia y la violencia de odio. En cuanto al perfil de la persona agresora, según Stewart et al.¹⁰, la mayoría de los autores de los delitos de odio son hombres de piel blanca, de entre 16 y 25 años, que proyectan su violencia hacia personas de diferentes orígenes étnicos^{11,12,13}, y que ejercen esta violencia en complicidad con múltiples autores¹⁴, aunque no necesariamente en grupos de odio organizados.

Se define como **grupos de odio** a aquellos cuyo motivo principal es promover la hostilidad, el rechazo y, a veces, la violencia contra individuos con una o varias características diferentes a la del grupo de agresores. Estos grupos cometerían entre el 8 y el 15% de los incidentes de odio^{9, 15}. Entre sus mecanismos de cohesión de grupo, sus integrantes suelen compartir una serie de símbolos que se plasman en su estética corporal, su indumentaria o tatuajes comunes. No obstante, a pesar de que muchos de los

perpetradores de esta violencia no pertenezcan explícitamente a un grupo específico y no puedan ser identificados a través de una estética concreta, su comportamiento está fuertemente influido por la ideología y los símbolos supremacistas y otros grupos de odio racistas y xenófobos organizados^{11, 12, 13}. Con cierta frecuencia los delitos de odio ocurren de noche, cuando los agresores encuentran una mayor impunidad. También cabe destacar el hecho de que los incidentes de odio pueden aumentar en fechas cercanas a festividades relacionadas con un grupo vulnerable en particular, como puede ser el año nuevo chino o las manifestaciones del orgullo LGBT (personas lesbianas, gays, bisexuales o trans), durante los cuales estos colectivos poseen una mayor visibilidad. Asimismo, aquellas fechas que conmemoran eventos de relevancia para un grupo de odio, tales como aniversarios de nacimientos de dictadores o efemérides de levantamientos fascistas, pueden motivar la acción de estos individuos en una búsqueda de hacer prevalecer sus ideas por medio de la violencia^{16,17}.

Primeros pasos frente a los incidentes y delitos de odio

Desde principios del siglo XXI, multitud de organismos internacionales han manifestado su compromiso en la elaboración de una respuesta que aborde los delitos de odio^{18,19,20,21}. El Congreso de los Estados Unidos, como pionero en la elaboración de legislación frente a este fenómeno, promulgó en el año 1990 la Ley de Estadísticas de Delitos de Odio. Este dictamen significó un avance crucial en el abordaje de los delitos de odio, que determinaba la inclusión de datos estadísticos sobre los mismos como parte del informe anual elaborado por el FBI sobre Crímenes Regulares (*FBI's Uniform Crime Report*). En consecuencia, la Oficina de Estadística de Justicia (*Bureau of Justice Statistics*) y la Oficina del Censo se vieron impelidas a llevar a cabo un proceso de desarrollo y creación de un cuestionario sobre delitos de odio, que sería incluido permanentemente como parte de la Encuesta Nacional sobre Victimización Criminal (*National Crime Victimization Survey*)²². Desde entonces, el FBI ha utilizado su metodología y sus sistemas de información para visibilizar los delitos de odio con la publicación de informes y estadísticas de acceso público, incluyendo las guías y cuestionarios que utilizan para recabar dicha información²³. Esta labor sentó las bases para trabajos posteriores en países del entorno, como Canadá u otros países anglosajones^{24,25}.

Al igual que en materia legislativa, estos países han sido pioneros en la investigación científica sobre delitos de odio. Al ser países caracterizados históricamente por una mayor diversidad étnica y religiosa y con una larga trayectoria democrática, la conciencia de la tolerancia, la aceptación y el respeto a las personas diferentes al estándar representa un eje que vertebra su dinámica social en mayor medida que en la de otros países. Por ejemplo, en Estados Unidos se estima que para el año 2030 el número de etnias no blancas habrá aumentado hasta suponer el 40% de la población. Esto pone en valor la importancia del reconocimiento y el respeto a la diversidad, que se ha convertido en una de las piezas clave para la cohesión social de la nación.

Sin embargo, la internacionalización de los canales de comunicación ha difuminado los límites de los Estados y las ideas y los discursos atraviesan fronteras sin la menor dificultad. Internet y, especialmente, las redes sociales como Facebook o Twitter se han convertido en una palestra desde la cual, mediante cuentas personales, institucionales o cuentas automáticas (los denominados *bots*), los grupos de odio pueden difundir su palabra a una audiencia casi incalculable. Por ello, la acción local o nacional, si bien es básica, no resulta suficiente para el “control” de los incidentes de odio y, en especial, del discurso de odio. En la búsqueda de un abordaje global sobre la violencia relacionada con los incidentes y los delitos de odio, la Organización para la Seguridad y Cooperación Europea (OSCE) tomó el liderazgo internacional en la causa, actuando, en un principio, como epicentro de recopilación y difusión de información y estadísticas de los Estados Miembro²⁶. A través de su Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos (ODIHR), la OSCE trabajó en el primer informe multinacional sobre esta temática, titulado *Delitos de odio en la Región de la OSCE: Incidentes y respuestas. Informe Anual del 2010*²⁷. Este documento, publicado en el año 2011, trabajó sobre cuatro objetivos principales: en primer lugar, intentar aproximarse a la prevalencia de los delitos motivados por odio de la región de la OSCE; aunar los diferentes métodos utilizados para la recolección de los datos, lo cual incluye conocer qué autoridades los recogen, qué infracciones, cuáles son las motivaciones registradas y qué vía de publicación utilizan para darlas a conocer; recopilar la legislación vigente en el país, intentando comprender cómo se ha desarrollado e implementado; y compartir las políticas e iniciativas llevadas a cabo en la lucha frente a este fenómeno, incluyendo la formación y la creación de medidas específicas o comités de ayuda a las víctimas de esta violencia.

El trabajo realizado por la ODIHR aportó una perspectiva supranacional a este fenómeno, lo que permitió realizar comparaciones tanto en los datos, como en las medidas tomadas por los diferentes Estados. Desde su inicio, las estadísticas sobre incidentes de odio publicadas por la ODIHR (Tabla 3) han manifestado una gran variabilidad en la notificación entre diferentes países. Por ejemplo, existen países como Suecia o Reino Unido, con una tasa de más de 50 incidentes de odio notificados por cada 100.000 habitantes, frente a Grecia o Portugal, con tasas mucho más bajas, cercanas a la unidad. En comparación con otros países vecinos y de su entorno geopolítico (como los países de la Unión Europea) entre 2015 y 2020, España ha conseguido situarse ligeramente por encima de la mediana de notificación de incidentes de odio (3,11 casos frente a 1,82 casos por cada 100.000 habitantes; ver tabla 3). Esto podría indicar que, probablemente, aquellos países con legislaciones y estrategias más desarrolladas tienen una mayor capacidad de identificación y registro de casos de violencia de odio. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los datos que aportan desde esta organización no reflejan de manera completa los incidentes de odio que ocurren en la región cubierta por la misma²⁸. En la actualidad, 42 países de la región de la OSCE contribuyen de una u otra manera a las estadísticas de incidentes de odio publicados por esta institución. Algunos países no notifican estadísticas oficiales, sino que son sus organizaciones no gubernamentales las que aportan datos sobre los incidentes de odio ocurridos dentro de sus fronteras. En este sentido, la OSCE ha trabajado estrechamente con las organizaciones no gubernamentales no solo en la recogida de datos alternativos, sino también en la sensibilización de la ciudadanía y la reivindicación de una mayor atención hacia los delitos de odio por parte de los gobiernos^{29,30}.

Tabla 3. Tasas de notificación de incidentes de odio por cada 100.000 habitantes en países de la Unión Europea, 2015-2020.

Países	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TN 15-20
Reino Unido	96,40	123,53	145,12	16,71	160,05	187,76	121,82
Suecia	49,85	47,33	-	57,88	-	30,50	30,74
Finlandia	31,14	23,89	27,20	15,96	16,31	21,30	22,62
Países Bajos	31,29	25,77	20,48	19,20	11,67	12,25	20,04
Bélgica	7,84	7,47	7,71	12,69	13,69	15,19	10,79
Alemania	3,75	4,38	9,59	9,80	10,34	12,31	8,38
Dinamarca	3,50	4,80	7,76	7,77	8,08	10,91	7,16
Bulgaria	9,77	0,39	0,31	0,65	0,31	10,46	3,65
Austria	4,60	4,88	3,44	3,48	1,41	1,75	3,25
España	2,86	2,74	3,05	3,42	3,64	2,96	3,11
Francia	2,69	2,75	2,25	2,74	3,93	3,97	3,06
Polonia	0,69	2,30	2,33	2,94	2,56	2,18	2,17
Chipre	-	-	-	3,47	4,57	4,62	2,14
Irlanda	-	-	-	7,62	4,71	-	2,07
UE 28 (mediana)	2,78	1,76	2,29	2,94	2,74	2,96	1,82
Italia	0,91	1,21	1,73	1,84	1,87	1,86	1,57
Eslovenia	-	-	-	-	2,74	4,49	1,21
Hungría	-	0,34	2,38	1,98	1,35	1,02	1,18
Croacia	0,57	0,84	0,60	0,80	1,18	2,14	1,02
Grecia	0,55	0,37	1,19	1,53	-	1,60	0,87
Eslovaquia	0,11	0,18	0,63	0,75	0,92	0,37	0,49
Portugal	-	-	0,47	0,22	0,80	1,28	0,46
República Checa	0,61	0,46	0,44	0,43	0,39	0,30	0,44
Lituania	0,82	0,69	0,25	0,32	0,25	0,29	0,44
Estonia	-	1,14	-	-	-	0,23	0,23
Letonia	0,65	0,56	-	-	-	-	0,21
Rumanía	0,08	0,05	0,01	0,01	-	-	0,02
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	0,00
Malta	-	-	-	-	-	-	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ODIHR y la División de Población del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de Naciones Unidas.

TN 15-20: Tasa de notificación del periodo 2015 a 2020.

- : Información no disponible.

Situación de los incidentes y delitos de odio en España

Las primeras estadísticas oficiales sobre incidentes de odio en España fueron publicadas por la Oficina de Instituciones Democráticas y Derechos Humanos (ODIHR) y datan de 2009. Estas arrojaban la existencia de 93 denuncias en las cuales se había identificado, como agravante, la presencia de una motivación discriminatoria o de rechazo hacia una característica de la víctima como las anteriormente mencionadas. En los años siguientes, España continuó notificando casos, llegando incluso a sobrepasar el umbral de los 200 casos en 2012. Sin embargo, fue a partir de 2013, cuando el Ministerio del Interior comenzó a publicar informes monográficos sobre los incidentes y delitos de odio notificados en España, en los cuales se multiplicó por 5 el número de incidentes de odio notificados respecto a años anteriores, llegando a superar los 1000 incidentes al año³¹ (Figura 1). Este total agrupa diferentes eventos, incluyendo denuncias por lesiones, abusos y agresiones sexuales, robos con violencia, vejaciones, injurias, amenazas y otras.

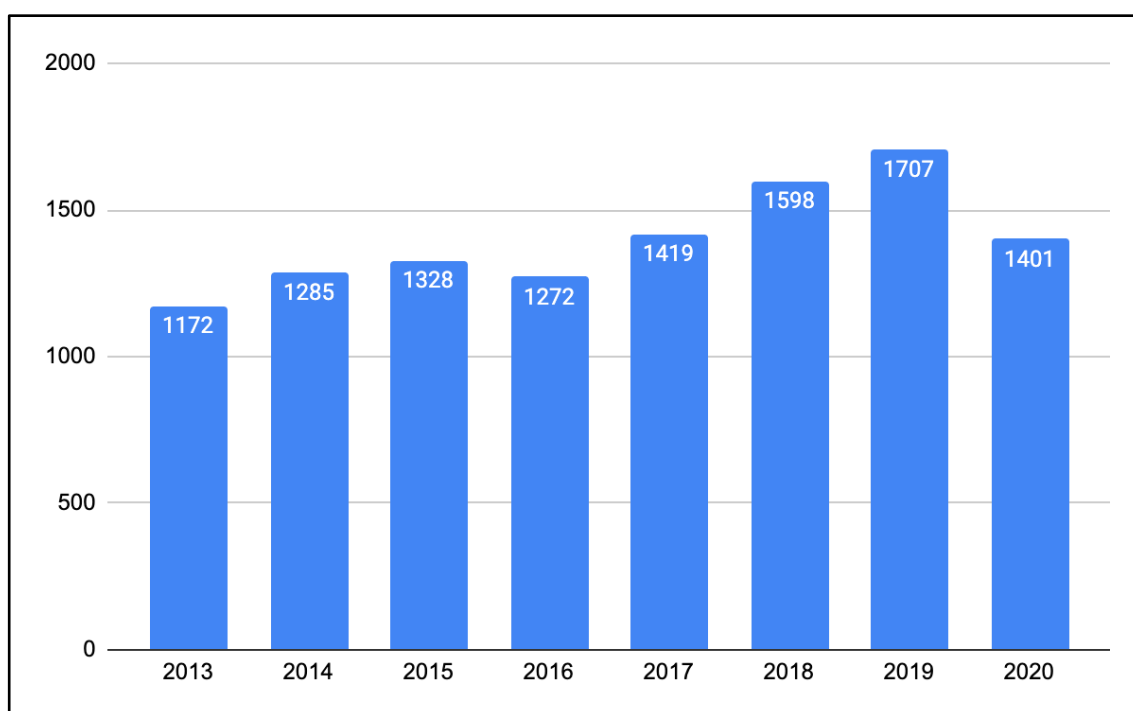


Figura 1. Tendencias de notificación de incidentes de odio en España.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Oficina de Instituciones Democráticas y Derechos Humanos (ODIHR).

Para entender este incremento es necesario tener en cuenta los importantes avances realizados por España en la materia. Posicionándose muy lejos de las cifras aportadas por otros países de su entorno, los primeros informes de la ODIHR señalaban a España como uno de los países con mayor necesidad de mejorar la identificación de los incidentes y los delitos de odio²⁷. A raíz de ello, las instituciones españolas llevaron a cabo diversas estrategias intersectoriales encaminadas a implementar mejoras en el registro y la notificación de los incidentes de odio. Por un lado, se trabajó para la creación de fiscalías provinciales especializadas en la persecución de los delitos de odio y discriminación³² y se adaptaron los sistemas de información para facilitar la colaboración entre cuerpos nacionales y regionales de policía²⁷. Asimismo, se elaboraron protocolos^{33,34} y guías^{35,36} de carácter específico para el abordaje de los incidentes de odio, las cuales fueron acompañadas de programas de formación dirigidos a las fuerzas de seguridad del Estado y otros operadores jurídicos^{37,38}. Este conjunto de acciones intersectoriales y la influencia internacional dio paso a la inclusión de los delitos de odio en la última reforma del Código Penal⁷. En dicho código, cuya entrada en vigor se remonta a junio del año 2015, se incluyeron una serie de artículos que permitían abordar de manera jurídica los delitos de odio con mayores garantías que el código penal anterior³⁹. En diciembre de 2018, el Ministerio del Interior presentó el primer plan nacional contra los delitos de odio⁴⁰, a imagen y semejanza de los realizados en Reino Unido y Francia. Sin embargo, mientras los planes de estos países cuentan con un carácter intersectorial, el español implica solamente al Ministerio del Interior.

De todo ello se desprende que la evolución observada en la notificación de los incidentes de odio en España guarde más relación con la mejora de su registro que con un aumento real de su incidencia, gracias a todas las contribuciones dirigidas a promover la identificación de estos incidentes y su correspondiente reflejo en las estadísticas oficiales.

Como recoge la Figura 2, las motivaciones más comúnmente registradas en los últimos años son el racismo y la xenofobia (34%), seguidas de la ideología (31%), y la orientación sexual o la identidad de género (19%).

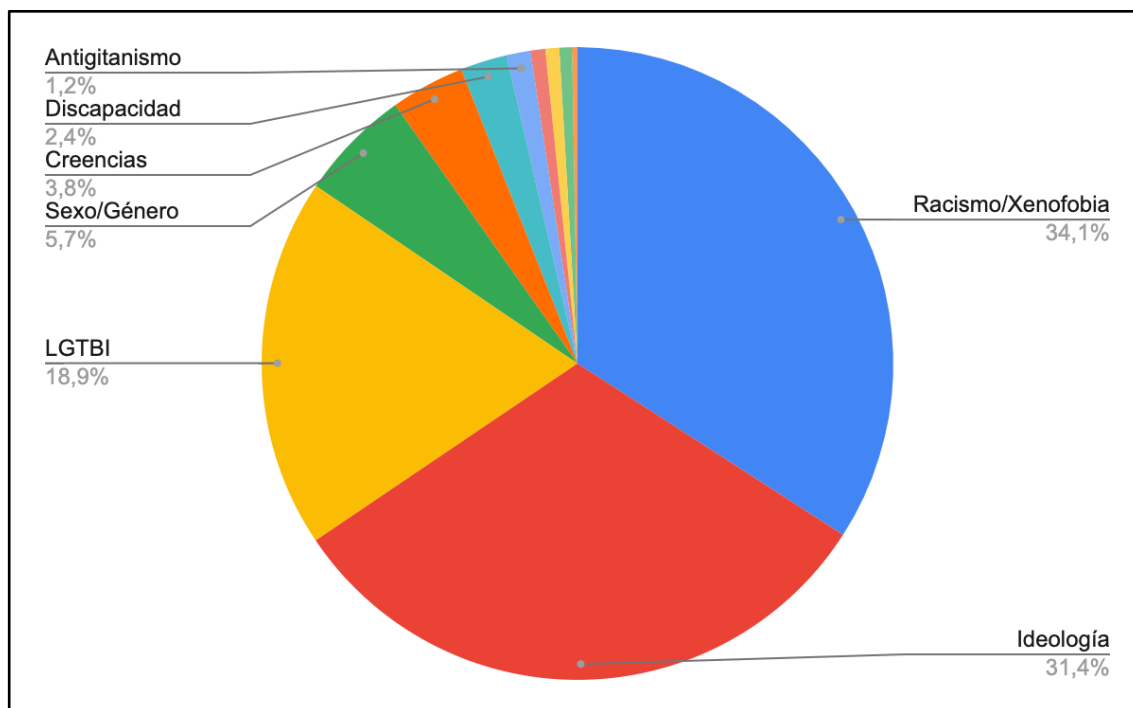


Figura 2. Porcentaje de denuncias de delitos de odio registradas en los años 2019 y 2020, por causa.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio del Interior de España.

El papel de las organizaciones no gubernamentales (ONG) españolas ha sido de suma relevancia en la respuesta a la violencia de odio. A lo largo de estos años han llevado a cabo múltiples proyectos de sensibilización, elaborado materiales didácticos⁴¹ y realizado recomendaciones específicas para el abordaje de los incidentes de odio en distintas poblaciones, basadas en su propio trabajo⁴². Además, han puesto en marcha y liderado plataformas de coordinación interinstitucional^{43,44,45} dirigidas a la creación de espacios de discusión y reflexión sobre los delitos de odio. Por otra parte, las ONG han desempeñado también una valiosísima labor ofreciendo distintos tipos de asistencia a las víctimas de esta violencia. Destacan, en este sentido, actividades de acompañamiento, tanto a los servicios de salud como a los jurídicos, o el apoyo en el abordaje de las secuelas a nivel psicológico y social, de las cuales los servicios públicos se han mantenido apartados, con escasas excepciones. A ello se le suman iniciativas de vigilancia ciudadana encaminadas a visibilizar y dar voz a las víctimas de los incidentes de odio, muchas de las cuales han dado lugar a la aparición de observatorios que informan (o han informado) sobre incidentes de diversa índole: racistas, antisemitas, anti-islámicos, contra personas

lesbianas, gais, bisexuales o trans, aporofóbicos, etc; asimismo, entre estas iniciativas se encuentra un proyecto de geolocalización de homicidios relacionados con actos de odio, que cifra en más de 90 las muertes atribuidas a esta causa entre 1991 y 2015⁴⁶. Según estos registros, algunas ONG han apuntado que las estadísticas oficiales podrían estar infraestimando la magnitud real del problema, debido a una importante infradenuncia por parte de las víctimas, habiendo incluso quienes estiman en más de 4000 los incidentes de odio ocurridos al año en España⁴⁷.

No obstante, estos registros, que constituyen las únicas fuentes disponibles en nuestro país, presentan importantes limitaciones, ya que en muchos casos los datos no se recogen de manera sistemática, existe una gran heterogeneidad de sujetos de estudio, criterios de inclusión y metodologías y algunos casos podrían estar duplicados en los diferentes registros. Esto impide la agrupación de los datos, complica su comparación temporal y dificulta dimensionar la magnitud del problema. La mayoría de los registros puestos en marcha en España se centran en motivaciones concretas, focalizando sus esfuerzos en poblaciones específicas, como la inmigrante⁴⁸, judía^{49,50}, musulmana⁵¹, personas lesbianas, gais, bisexuales y *trans*^{52,53,54,55} y personas en situación de calle⁵⁶. Sólo 3 de estas fuentes^{31, 57, 58} recogen múltiples motivaciones de odio, entre las que se encuentran el racismo, la xenofobia, el sexo, la identidad de género, el antisemitismo, la aporofobia, las creencias o prácticas religiosas, la discapacidad, la ideología y la orientación o identidad sexual. Las metodologías son variadas, e incluyen la búsqueda de noticias en medios de comunicación, análisis de denuncias policiales, quejas, encuestas, entrevistas y vigilancia ciudadana. Las definiciones de caso y los criterios de inclusión varían entre unas y otras. En su mayoría, los tipos de incidentes incluidos se refieren a lesiones, abusos y agresiones sexuales, robos con violencia, vejaciones, injurias y amenazas, recogiendo victimizaciones, aunque otros amplían la definición de caso e incluyen otros hechos en su registro como situaciones de discurso de odio, sentencias judiciales falladas en el periodo de estudio pero referidas a incidentes ocurridos en años anteriores, identificación y actividades llevadas a cabo por grupos de odio como conciertos o manifestaciones, etc. En lo que respecta a otras variables sociodemográficas, de un total de 12 fuentes, sólo 5 dan datos sobre el sexo de las víctimas y 6, sobre su edad. Aunque los casos registrados en España han aumentado, otros países de nuestro entorno socio-económico registran un número de incidentes mucho mayor⁵⁹, lo que pone de manifiesto la insuficiente medición de este fenómeno.

Además de la información cuantitativa, los informes elaborados por organizaciones no gubernamentales revelan también información cualitativa de interés referida a las percepciones y vivencias de las víctimas de incidentes y delitos de odio. La escasez de datos puede deberse a varios factores, entre los que habría que destacar la infradenuncia de los delitos de odio debida, entre otras cosas, a la falta de confianza en el cuerpo policial, la percepción de que no se hace lo suficiente para luchar contra los delitos de odio, la normalización de la victimización⁵⁶, el desconocimiento de la legislación, el miedo a las represalias, los sentimientos de vergüenza y negación de los hechos, el miedo a revelar la orientación sexual, la identidad de género, las situaciones de sinhogarismo, la indocumentación o la irregularidad en el país (en cuyo caso se suma el temor al arresto y deportación), así como el temor a que los datos identitarios queden registrados en ficheros policiales^{19, 60}. Todo ello nos conduce a considerar que la verdadera incidencia de los delitos de odio en España está infraestimada.

La violencia de odio

Como hemos visto, los incidentes y delitos de odio pueden tomar la forma de agresiones, ya sean de carácter físico, psicológico o incluso contra la propiedad. Estas manifestaciones de carácter violento tienen, como todos los tipos de violencia, un innegable impacto en la salud tanto de las personas agredidas como sobre su entorno. A pesar de ello, el sector salud no se ha involucrado activamente en la respuesta a los incidentes y los delitos de odio, más allá del tratamiento rutinario de las posibles lesiones derivadas de los mismos. Parte del problema reside en que la terminología y los marcos conceptuales empleados en el abordaje y la respuesta a los *incidentes y delitos de odio* se han desarrollado originalmente desde los ámbitos del derecho, la justicia, la seguridad y la criminología, lo cual puede haber conducido a una falta de alusión tanto a las instituciones que lideran las políticas de salud como al propio personal sanitario en relación a la violencia relacionada con este fenómeno. Por ello, se ha propuesto el concepto de *violencia de odio*⁶¹ como aquella perpetrada por el rechazo a una característica de la víctima y con un impacto negativo sobre la salud física o mental de las personas agredidas, bien a corto o a largo plazo, con el fin de que el sector salud pueda aproximarse al fenómeno de los incidentes y delitos de odio desde un conjunto de

términos y conceptos con los que el personal sanitario esté familiarizado y para cuyo abordaje existan herramientas ampliamente consolidadas y marcos conceptuales validados como es la violencia. Este concepto va más allá de la definición del delito de odio, puesto que se considera independiente de que el acto esté contemplado en el Código Penal ya que, con frecuencia, algunas características identitarias pueden no estar explícitamente recogidas dentro del mismo. Al igual que todas las violencias, la violencia de odio constituye un problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos que debe ser plenamente abordado.

El impacto de la violencia de odio en la salud

Múltiples estudios han apuntado al posible impacto que la violencia de odio tiene sobre en el estado de salud de las víctimas, sus familias y su entorno^{62,63,64,65,66,67}, que abarcan desde lesiones físicas, psicológicas y emocionales hasta cambios conductuales tanto individuales como colectivos. Por un lado, nos encontramos con las lesiones físicas que pueden derivarse de una agresión. En algunas ocasiones, dichas lesiones pueden tener un carácter leve. Sin embargo, ya que ocasionalmente estas agresiones son buscadas y planeadas de antemano, es frecuente que el agresor se encuentre preparado para ejercer esta violencia, lo cual aumenta el uso de armas de todo tipo y la presencia en la escena de más de un agresor. Ello implica que las lesiones derivadas de estos incidentes pueden ser más graves que en otros tipos de violencia^{9, 68}. Por otro lado, se han descrito secuelas psicológicas y emocionales en las víctimas de la violencia relacionada con el odio, que se derivan del hecho de que la víctima es seleccionada con motivo de una característica propia de su identidad y que no puede cambiar, como su origen étnico, su sexo, su orientación sexual o su identidad de género. Tras una agresión de odio, las víctimas pueden sufrir secuelas psicológicas que incluyen una plétora de sentimientos tales como el terror, rabia o ira por lo acontecido; a lo que cabe añadir el miedo a ser agredido nuevamente o a que lo sean sus familiares y allegados (con los que comparte la misma característica que sirvió a sus agresores para legitimar el acto violento), y que concurre con sensación de impotencia e indefensión, profunda desconfianza frente al prójimo, ansiedad, pérdida de la autoestima, depresión, o un conjunto de estos síntomas, relacionados con un síndrome de estrés postraumático tras el incidente violento. De este

modo, la idiosincrasia de la víctima acaba convirtiéndose en una amenaza para sí misma. Dada la imposibilidad de modificar la característica o características (múltiples en ocasiones) por la cual se han visto convertidas en víctimas de estos actos de violencia de odio, puede conducir a que estas personas sientan la necesidad de realizar cambios en su conducta con objeto de esconder esa característica y, de esa forma, disminuir la posibilidad de una nueva victimización: por ejemplo, muchas víctimas optan por evitar lugares que anteriormente frecuentaban y que, de alguna manera, visibilizan la característica por la que han sido agredidas tales como templos de culto, locales comunitarios o lugares de ocio. Cuando la situación es insostenible, muchas víctimas optan por cambiar de residencia (en ocasiones, junto a su familia), abandonando su entorno y desplazándose a otro vecindario o allí donde no sea conocida, con el fin de situarse lejos del radio de acción de sus agresores. En su búsqueda de una mayor protección, las víctimas pueden intentar aumentar las medidas de seguridad de su hogar, lo cual incluye, en ocasiones, la adquisición de armas blancas o de fuego, con el riesgo que ello conlleva. Asimismo, pueden generarse sentimientos de venganza en las víctimas que las conduzcan a la necesidad de tomar represalias en contra de sus agresores. También son posibles modificaciones en la personalidad de la víctima, como un endurecimiento de sus actitudes, llegando a convertirse en una persona desconfiada o violenta, o al contrario, hacia la negación del incidente y de la motivación del mismo, como una negación hacia su propia identidad. Ya que la agresión está motivada por el rechazo no hacia la persona en sí, sino hacia una característica de la misma, la violencia de odio no tiene un impacto únicamente individual, sino que extiende la sombra de sus efectos a aquellas personas que comparten esa misma característica, provocando en ellas los mismos sentimientos de angustia, miedo, aislamiento, vulnerabilidad e impotencia, llegando a instalar un gran malestar e inseguridad en toda una comunidad. Así, la violencia de odio abre una brecha en el tejido social al minar la confianza y la cohesión que debe existir entre los miembros de la sociedad, lo que puede conducir a nuevas situaciones de violencia y conflicto social.

A todo ello hay que sumar los efectos que la discriminación estructural tiene sobre la salud de las personas. La discriminación limita el acceso a los servicios públicos como la educación o los servicios de salud y los privados, como el empleo o la vivienda, con un grave impacto en la salud de quienes la sufren^{69,70}. Esto, a su vez, conduce a un menor grado de bienestar y a una desigualdad de oportunidades, colocando a ciertos colectivos

en situaciones de desventaja y de mayor vulnerabilidad⁷¹. En los últimos años, diversos informes han alertado de la existencia de elevadas tasas de rechazo y discriminación hacia ciertas poblaciones^{72,73,74,75} como la migrante, especialmente la del Norte de África y la de etnia gitana. Los incidentes de odio, los cuales están motivados por un rechazo hacia características concretas, constituyen una representación violenta de toda esta discriminación.

El abordaje de la violencia desde el ámbito de la salud

Todas las violencias tienen un elevado coste debido a su impacto en la salud, a su repercusión en el sistema sanitario y a sus graves consecuencias a nivel social y económico. Así lo entendió la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud cuando, en 1996, reconoció que la violencia constituye un grave problema de salud pública a nivel global y señaló al sector salud como un elemento clave en su respuesta, ya que este soporta gran parte de la carga que supone dicho fenómeno para la sociedad. Por un lado, los servicios de salud prestan atención sociosanitaria a las personas agredidas, abordando tanto las lesiones físicas como las relacionadas con la salud mental derivadas de la violencia⁷⁶. Por otro lado, los sistemas de salud tienen la posibilidad de recoger una valiosa información relativa a los incidentes violentos, la cual, a su vez, puede ser utilizada para cuantificar su magnitud, describir su epidemiología, conocer ciertos factores de riesgo y protección asociados, elaborar protocolos específicos de actuación, diseñar registros adecuados para su vigilancia y establecer medios de detección precoz.

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud* publicado en 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó la violencia en tres grandes grupos: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva⁷⁶. La violencia interpersonal hace referencia a aquella que es infligida por una persona a otra persona o a un grupo relativamente pequeño de personas. En función del ámbito o el lugar en el que tenga lugar el acto violento, la violencia interpersonal puede clasificarse como violencia familiar, por un lado, o comunitaria, por otro lado: la primera abarca el maltrato infantil, la violencia contra la pareja y el maltrato a personas mayores en el ámbito doméstico; la segunda incluye la violencia juvenil, los actos violentos sin relación aparente, las

violaciones y agresiones sexuales por parte de personas no convivientes y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de mayores. En su conjunto, la violencia interpersonal es la tercera causa de muerte en personas de 15 a 29 años en el mundo⁷⁷ (2ª en hombres y 6ª en mujeres) y la 4ª causa de muerte en hombres de 15 a 49 años⁷⁸. Aunque la violencia es un problema ubicuo, su incidencia varía a lo largo y ancho del globo terráqueo. Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de mortalidad por homicidios a nivel mundial es de 6,2 casos por cada 100.000 habitantes. España, por su parte, es uno de los países donde las tasas son más bajas, con un 0,56 (0,7 en hombres; 0,4 en mujeres) por cada 100.000 habitantes⁷⁹. A pesar de ello, este indicador representa solo la punta del iceberg ya que, por cada muerte, existen muchas víctimas de violencia que requieren atención sanitaria y sociosanitaria, cuyas secuelas físicas y/o psicológicas pueden darse a corto, medio y largo plazo⁷⁶.

A tenor de todo ello, en el año 2004, la Organización Mundial de la Salud publicó, a petición de numerosos países, un conjunto de directrices encaminadas a abordar la prevención de la violencia interpersonal. Según estas recomendaciones, la violencia debe ser tratada en su conjunto, ya que diferentes tipos de violencia comparten los mismos factores de riesgo o pueden beneficiarse de las mismas estrategias. Para ello, la OMS proponía utilizar un modelo ecológico con diferentes niveles, desde el individual hasta el social, pasando por el familiar y comunitario, para ayudar a comprender las causas, consecuencias y posibles espacios de intervención frente a la violencia, promoviendo un enfoque de Salud Pública para el desarrollo de actividades multisectoriales. Hacía hincapié, asimismo, en que la prevención de la violencia debe abordarse como un fenómeno distinto a la prevención de la delincuencia⁸⁰. Asimismo, declaraba que el **liderazgo** de esta política preventiva debe ser ejercido por el sector salud, siempre en coordinación con otros sectores como el de la seguridad, la vivienda y el empleo. En este documento se señalaba también la labor científica como parte esencial en la creación de una respuesta integral y sostenida, e invitaban a la participación tanto del sector público como del privado, ya que en este último se encuentran también numerosos servicios de salud, agencias aseguradoras, medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales o de base comunitaria. A pesar de todo ello, España no ha elaborado estrategias integrales de prevención frente a violencia interpersonal, sino que ha abordado singularidades específicas como la violencia de género y el maltrato infantil, dejando fuera del esfuerzo preventivo otros tipos de violencias⁸¹. Esto ha permitido entender y dar

una respuesta frente a fenómenos concretos de la violencia interpersonal en España, pero sin abordarla de una manera holística.

Actualmente, los datos sobre violencia interpersonal disponibles en España son limitados. Aunque los Ministerios de Interior y de Sanidad registran de una u otra manera resultados en salud como agresiones u homicidios, sus definiciones y sus datos no son siempre concordantes y, a pesar de ser de acceso público, la consulta de esta información resulta, en la práctica, complicada. Por ejemplo, la calidad de los informes sobre criminalidad ha sido criticada en un estudio llevado a cabo por la Universidad de Lausana, el cual analizó en detalle las estadísticas publicadas por el Ministerio del Interior y las fuerzas policiales autonómicas, llegando a la conclusión de que éstas suelen ser incompletas, demasiado generales y presentan serios problemas de fiabilidad⁸².

Investigación sobre violencia en España

Debido al elevado número de publicaciones, sobre todo en el sector salud, la violencia interpersonal en España ha sido un tema que ha suscitado cierto interés en la comunidad científica. El interés desde el ámbito de la Salud Pública por la violencia, aunque está aumentando, sigue siendo limitado pese a los continuos llamamientos de la OMS y otros organismos internacionales para liderar la respuesta a este importante problema de salud global⁸³. La violencia en España que más se encuentra en las publicaciones científicas es la violencia de género, objeto de 7 de cada diez publicaciones del ámbito de la salud⁸⁴. Esto puede estar relacionado con que, en nuestro país, este tipo de violencia cuenta con una amplia normativa legal, a través de la cual ha sido posible desarrollar estrategias de actuación en ese ámbito y en organismos estatales específicos. Esto se ha traducido, después de mucho esfuerzo, en una mayor sensibilización y formación del personal sanitario, acompañado por una mayor capacidad para generar datos a través de registros y encuestas periódicas, las cuales pueden servir de base a gran número de investigaciones. Destacan, en este sentido, la macroencuesta de violencia de género del Ministerio de Sanidad a más de 20.000 mujeres, que se realiza cada 4 años desde 1999, la aparición de

la Ley 1/2004 sobre Medidas de protección integral contra la violencia de género y la publicación de los informes anuales de los observatorios sobre violencia, que comenzaron en 2006 y 2007. Otros tipos de violencia doméstica, como el maltrato infantil y el maltrato a mayores, aparecen en la literatura científica en Salud Pública de forma anecdótica, pese a que también se cuenta con protocolos y guías de detección y actuación elaborados para atender a estos casos.

En las revistas de ciencias sociales sólo algo más de la mitad de las publicaciones se dedican a la violencia de género. En cambio, editan más del 60% de todas las dedicadas a la violencia juvenil, la cual suele relacionarse con conductas antisociales, situaciones de exclusión y la vida en barrios o zonas marginales de las ciudades⁸⁵ y cuyo interés puede recaer, por tanto, más en este ámbito. La violencia sexual, por otro lado, tiene una escasa repercusión en la literatura científica, pese a tratarse de un problema muy extendido: en el caso de las mujeres, según datos de la citada Macroencuesta de Violencia contra la Mujer del año 2015⁸⁶, un 8,1% ha sufrido esta agresión alguna vez en su vida por parte de una pareja o expareja y un 7,2% por parte de un desconocido. No obstante, no se cuenta con registros apropiados para valorar este problema, ya que aquellos que existen son registros policiales referidos a denuncias y se estima que sólo se denuncia el 16% de los casos.

En general, la mayor parte de las publicaciones utiliza fuentes primarias. De hecho, solamente una tercera parte de las publicaciones utiliza fuentes secundarias. La gran mayoría se basa en datos obtenidos a través de encuestas y utiliza una metodología cuantitativa, principalmente mediante estudios transversales. Esto podría deberse, precisamente, a la escasez de registros específicos de las diferentes violencias. Teniendo en cuenta el componente sociológico en la etiología y abordaje de la violencia interpersonal, su estudio podría verse más beneficiado por estos métodos para entender más profundamente el contexto sociocultural, los valores y actitudes que fomentan o previenen la violencia, o su impacto psicológico y conductual. A pesar de ello, los estudios que utilizan metodologías cualitativas parecen insuficientes. Por otro lado, existe una importante escasez de estudios sobre intervenciones y la evaluación de las mismas, lo que impide poder avanzar en una prevención de la violencia basada en la evidencia y en las buenas prácticas (algo que ocurre únicamente con la violencia de género)⁸⁷. La mayor parte de la investigación en este campo es llevada a cabo por centros universitarios,

quedando a la zaga las administraciones sanitarias. Esto puede sorprender, ya que los sistemas de información sanitaria que estas últimas poseen, tales como los registros de mortalidad o la información de las historias clínicas, constituyen una estupenda oportunidad para recabar gran cantidad de datos y de alta calidad⁸⁸, lo cual permitiría avanzar desde un modelo de investigación a uno de vigilancia epidemiológica de la violencia interpersonal, inexistente a día de hoy.

La violencia y los delitos de odio, por otra parte, han sido escasamente estudiados por la comunidad científica. Entre 1989 y 2021, apenas 150 artículos han tratado esta temática según PubMed, y el 66% de los mismos han sido publicados en la última década (figura 3). Solo 5 publicaciones son españolas, de las cuales 4 están firmadas por el equipo de investigación que ha desarrollado esta tesis doctoral.

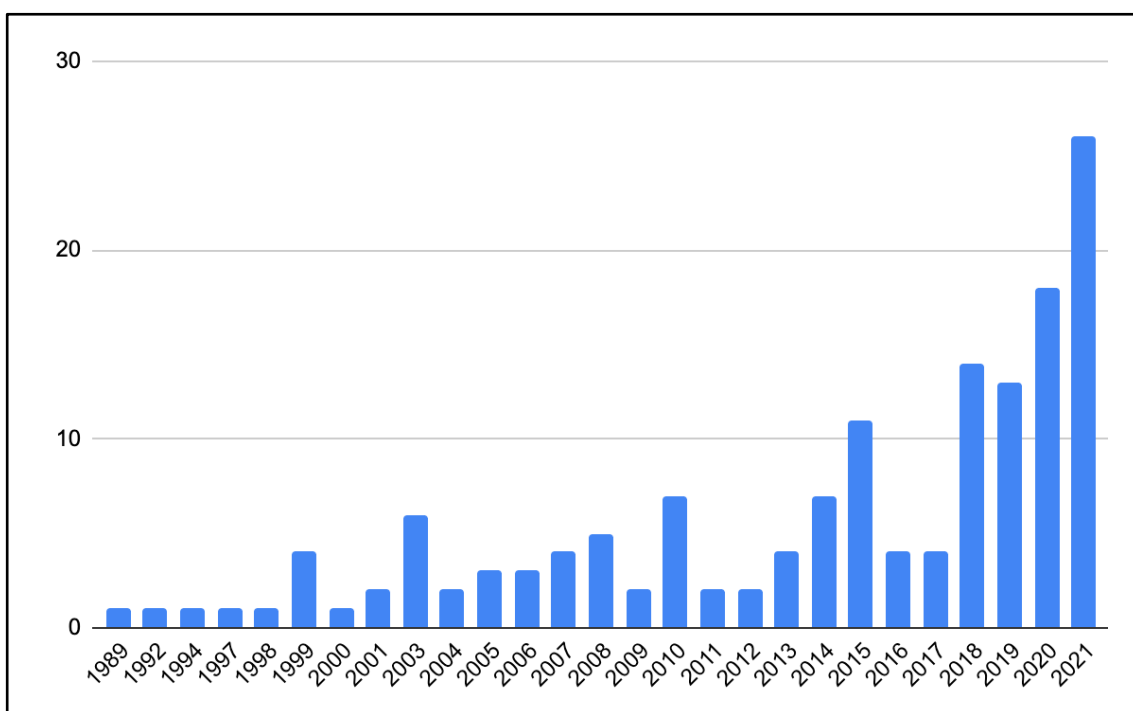


Figura 3. Evolución del número de publicaciones sobre violencia y delitos de odio (1989 - 2021).

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la base de datos PubMed.

La violencia en los sistemas de información en salud

Según las recomendaciones de la OMS, el registro de los incidentes violentos debe ser sistemático e incluir información relativa a cuatro áreas clave, siendo la información basada en la víctima una de ellas. Desde el ámbito sanitario existen múltiples fuentes que pueden aportar información de gran relevancia para conocer el alcance y la magnitud de la violencia, así como los factores relacionados con la misma. Los partes de lesiones, la historia clínica referida a las personas que acuden a un servicio de salud, el Conjunto Mínimo Básico de Datos generado tras las altas hospitalarias o los registros de mortalidad provenientes de las defunciones son algunas de ellas⁸⁹.

En cuanto a los partes de lesiones, estos son los documentos médico-legales más utilizados en la atención sanitaria. Por un lado, los partes de lesiones tienen una función asistencial: tras una agresión, las señales de lesiones ya sean internas o externas pueden proporcionar indicadores de carácter objetivo, tanto de la existencia como de la gravedad de la violencia sufrida por la víctima y orientar el curso clínico de la persona agredida. Por otro lado, tienen una función pericial, la cual ayuda en la investigación judicial del incidente: en muchas ocasiones, el parte de lesiones facilita la labor policial, especialmente en aquellos casos en los cuales la víctima no puede o no se atreve a denunciar, en los que el informe médico puede ser la única información disponible. Debido a este doble propósito, la calidad de la información recogida en los partes de lesiones es muy importante y debe servir apropiadamente en ambos sentidos. Asimismo, la información contenida en los partes de lesiones puede constituir una interesante fuente de información epidemiológica que nos permita conocer en mayor profundidad el fenómeno de la violencia interpersonal. Sin embargo, los partes de lesiones resultan, en la práctica, documentos muchas veces infravalorados tanto por el personal facultativo que los cumplimenta como por los sistemas de información sanitaria⁹⁰.

Otra fuente de información ampliamente utilizada en el ámbito de la epidemiología es el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), un registro administrativo generado en todo contacto con la asistencia sanitaria que requiera ingreso hospitalario. Este registro recoge información relativa a las características sociodemográficas de las personas atendidas como, por ejemplo, el sexo, la edad y el lugar de residencia. Asimismo, recoge variables referidas al episodio de hospitalización como el tipo de atención, la gravedad, el tiempo

de estancia, el reingreso (si lo hubiere), los diagnósticos y morbilidades asociadas, así como los procedimientos realizados, empleando la modificación clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades⁹¹. Estos registros son completados por las unidades de codificación hospitalarias y, posteriormente, enviados al Ministerio de Sanidad, desde donde son gestionados⁹². Por ello, esta fuente sanitaria contiene una rica cantidad de datos, tanto en volumen como en variables, y que están disponibles para su explotación. Respecto a los episodios de violencia interpersonal, el CMBD cuenta con múltiples códigos para reflejarlos, tanto en la versión del CIE-9 (E960-E969) como la siguiente del CIE-10 (X85-Y09), siempre en los capítulos reservados a causas externas. Merced a la amplitud de campos diagnósticos, procedimientos y otras características en relación a los pacientes, el CMBD constituye una fuente ampliamente utilizada para realizar acercamientos al estado y a las necesidades de salud, generales y específicas, de la población y al estudio de diversas patologías⁹³. Sin embargo, esta fuente sanitaria nunca ha sido utilizada, hasta ahora, para estudiar la violencia interpersonal en España.

Justificación del estudio

Durante los últimos años, los delitos de odio han sido identificados como un problema emergente en España y sectores como el policial, judicial y social han actuado laboriosamente para visibilizar el fenómeno, coordinarse y dar apoyo a las víctimas de este tipo de violencia. No obstante, la escasez de datos de calidad sobre la violencia y los delitos de odio dificultan su caracterización y visibilidad en España. La inclusión del sector salud dentro de una respuesta integral ante este fenómeno podría tener importantes beneficios para las víctimas y la sociedad en su conjunto, mejorando la detección y el registro de casos, prestando atención y apoyo de calidad a las personas que sufren la violencia de odio, y poniendo en marcha estrategias encaminadas a su prevención⁹⁴.

Los servicios de salud, y en particular los servicios de urgencias, a los que a diario acuden personas que han sufrido agresiones o que presentan secuelas de violencia, ocupan una posición ventajosa para identificar casos de violencia relacionados con el odio. 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 este tipo de violencia conlleva⁹⁵. No obstante, en la mayoría de los casos, el personal de salud no ha recibido formación específica para ello y no detecta o no pregunta a la víctima las causas de la agresión. Además, se hace necesario poner herramientas a disposición del personal de salud y que sean aptas para la práctica clínica, tales como protocolos, guías de recursos, partes de lesiones adaptados, etc. Su falta contribuye a la infradetección y conduce a una respuesta limitada e inadecuada a este problema. Debido a todo ello, las víctimas de violencia de odio no reciben los cuidados específicos y necesarios para su tratamiento en los servicios sanitarios.

El convulso momento histórico, político, económico y social en el que actualmente nos encontramos puede llevar a un incremento importante de la violencia de odio. Sin embargo, el sector salud en España no cuenta con la capacidad documental, ni con la formación adecuada respecto a los delitos de odio, los cuales, como otros tipos de violencia, constituyen un preocupante problema de salud pública. La violencia de odio es un suceso, no sólo física y psicológicamente traumático para la víctima, sino para toda una comunidad y, por lo tanto, constituye una grave amenaza contra la cohesión y la paz social frente a la que es preciso actuar.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo principal

Dar a conocer la situación de la violencia de odio en España, mediante el primer abordaje de la misma desde el ámbito sanitario para resaltar así el papel clave del sector salud en la respuesta a este tipo de violencia.

Objetivos secundarios

1. Describir la epidemiología de la violencia interpersonal en España a fin de mejorar el conocimiento y la sensibilización sobre este problema de salud pública.
2. Ofrecer orientaciones y pautas de actuación homogéneas a profesionales para mejorar la detección y atención a víctimas de violencia de odio
3. Facilitar la detección y el registro de casos de violencia de odio en el contexto sanitario para caracterizar este fenómeno emergente y escasamente estudiado en nuestro país.
4. Cuantificar y describir los casos de violencia de odio atendidos en dos Servicios de Urgencias de dos Hospitales de Tercer Nivel de la Comunidad de Madrid.

MÉTODOS Y RESULTADOS

La metodología empleada para alcanzar los objetivos planteados y los resultados derivados de la misma se presentan en los siguientes artículos.

1. Gil-Borrelli CC, et al. La violencia interpersonal en España a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit.* 2019 Jul - Aug;33(4):317-324. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.008>
2. Gil-Borrelli CC et al. Proposed action for the detection and care of victims of hate violence for health professionals. *Med Clin (Barc).* 2018 Feb 23;150(4):155-159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.017>
3. Gil-Borrelli CC et al. Elaboración de un cuestionario de detección de casos de violencia de odio en urgencias hospitalarias. *Gac Sanit.* 2020 Mar-Apr;34(2):166-170. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006>.
4. Gil-Borrelli CC et al. Violencia de odio en las urgencias de hospitales de tercer nivel. Primeros datos en España. *Gac Sanit.* 2020 Nov-Dic;34(6):561-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.007>

DISCUSIÓN

La violencia de odio, aquella cometida contra una persona debido a una característica identitaria, tal como el origen étnico, el color de la piel, la nacionalidad, la orientación sexual, la identidad de género o las creencias religiosas, se ha convertido en un problema emergente en España. Desde el año 2013, las estadísticas oficiales recogen más de 1000 denuncias al año de este tipo de violencia -es decir, unas tres denuncias cada día-, lo que supone tan solo la punta del iceberg de este fenómeno. En la última década, España ha avanzado en la identificación y abordaje de estos incidentes violentos, mejorando los registros policiales, realizando formación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y colaborando con organizaciones de base comunitaria en la realización de proyectos para la visibilización de los incidentes de odio en nuestro país. Sin embargo, desde el ámbito de las administraciones públicas, el sector salud no ha tomado ningún tipo de medida específica para abordar este problema, a pesar del papel clave que puede y debe desempeñar en la respuesta a la violencia de odio, que -como todos los tipos de violencia- tiene un importante impacto en la salud de las víctimas y sus allegados, y constituye un atentado contra los Derechos Humanos.

Este trabajo presenta un abordaje a la violencia de odio desde el ámbito sanitario que incluye la evaluación de los sistemas de información en salud, un cuestionario de detección de la violencia de odio, la caracterización epidemiológica de las víctimas de este tipo de violencia atendidas en las Urgencias de dos hospitales de la ciudad de Madrid y un protocolo de actuación para profesionales de la salud, desde la atención sanitaria hasta la continuidad asistencial.

La violencia de odio en los sistemas de información en salud

Los registros y sistemas de información constituyen una parte fundamental de la respuesta a la violencia de odio, ya que permiten caracterizar el problema y exponen posibles espacios de intervención. Aunque son susceptibles de ser mejorados, los actuales sistemas de información sanitaria constituyen una riquísima fuente de datos que pueden ser utilizados para la investigación en salud de este fenómeno y, a través de sus resultados, para el desarrollo de planes de prevención e intervención sociosanitaria en materia de violencia. Los sistemas de información sanitaria ofrecen datos de alta calidad que

permiten la vigilancia de diferentes situaciones de salud y enfermedad. A través de la recogida sistemática y rigurosa de datos sobre casos de violencia de odio, sería posible una caracterización más precisa de este fenómeno, la identificación de aquellos grupos en mayor riesgo, la geolocalización de los incidentes, el análisis de su evolución y realizar hipótesis sobre las intervenciones más adecuadas. No obstante, los sistemas de información en salud poseen importantes limitaciones a la hora de recoger información sobre la violencia de odio que deben ser señaladas y corregidas.

El estudio del Conjunto Mínimo Básico de Datos ha puesto de manifiesto tanto limitaciones como fortalezas a la hora de describir y aportar información sobre los episodios de violencia interpersonal. En primer lugar, cabe destacar el importante volumen de datos que esta fuente puede poner a disposición de los sistemas de información. La serie estudiada presenta 38.099 registros con códigos de violencia interpersonal para un periodo de estudio de 13 años, lo que significa una media de 2930 registros al año. Sin embargo, esta cifra parece ser solamente una pequeña fracción del total de agresiones atendidas, ya que la notificación por parte de algunas comunidades autónomas es del todo irregular, teniendo incluso periodos en los que algunas de ellas no notificaron ningún caso.

En lo que respecta a casos de agresión atendidos en el medio hospitalario, diferentes estudios realizados en Suiza⁹⁶, Gales e Inglaterra⁹⁷ hablan de una estabilización o incluso una disminución en las tasas de atención en los servicios de urgencias relacionadas con la violencia interpersonal. Sin embargo, a lo largo del periodo de los 13 años estudiados del CMBD español, se han observado incrementos leves en el número de altas anuales. Teniendo en cuenta las tendencias encontradas en los países de nuestro entorno y la estabilización de otros indicadores de violencia en nuestro país, como las tasas de homicidio, este aumento en las altas relacionadas con violencia interpersonal se deben probablemente a que la codificación por parte de los servicios de salud está mejorando globalmente. No obstante, parece necesario poner más atención y recursos en los servicios que trabajan en la codificación de los incidentes violentos, puesto que en sus manos está dar visibilidad a las víctimas de la violencia.

De cualquier forma, el análisis del CMBD desvela que esta fuente, a día de hoy, no permite dar cuenta de los incidentes violentos motivados por odio. En primer lugar, y más

importante, porque actualmente no existe ningún código específico que acote este problema de salud. En segundo lugar, porque el CMBD no registra variables identitarias de pacientes, las cuales podrían acercarnos al riesgo de exposición de determinadas poblaciones. No obstante, recoger características tales como el origen étnico o la orientación sexual de las personas atendidas podría entrañar conflictos éticos, al tratarse de información sensible que podría llegar a exponer a estas personas a otros riesgos no deseables.

En 2020, el Ministerio de Interior de España publicó una *Guía de Buenas Prácticas para la denuncia de los delitos de odio*. En ella se enfatiza que, en el momento de la denuncia, es de suma importancia presentar los máximos detalles posibles y, entre otros documentos (gráficos, etc), incluye la importancia de aportar un parte médico en caso de lesiones⁹⁸. Del mismo modo, la última actualización del *Protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para los delitos de odio y conductas que vulneran las normas legales sobre discriminación* establece también la incorporación de partes facultativos dictados por profesionales sanitarios a la hora de elaborar el atestado policial⁹⁹. En este sentido, se reconoce que los partes de lesiones y la historia clínica constituyen fuentes de información sanitaria con un gran potencial a hora de recabar datos de interés epidemiológico sobre la violencia de odio. En general, aunque el parte de lesiones es uno de los documentos más utilizados en la práctica clínica, la calidad de la información recogida en los mismos ha sido discutida¹⁰⁰. Debido a su gran importancia en la persecución de los delitos de odio, es recomendable realizar una evaluación de la cumplimentación de los partes de lesiones, determinar su capacidad para detectar casos de violencia de odio y, cuando sea necesario, proponer acciones para garantizar su calidad¹⁰¹. En este sentido, en el seno de este proyecto se realizó una evaluación de los partes de lesiones y otra documentación clínica de un Servicio de Urgencias de un Hospital de Tercer Nivel de la Comunidad de Madrid, en el cual se implementaría posteriormente el proyecto SIVIVO, que encontró que la calidad de la información contenida en estas fuentes tenía un amplio margen de mejora¹⁰¹. La escala utilizada para este estudio (una adaptación de una escala utilizada en un estudio sobre los partes de lesiones de violencia de género) valoraba el grado de cumplimentación de ciertos ítems relacionados con la agresión por parte del personal facultativo que había atendido a la víctima, tales como la especificación del tipo de violencia, el tipo de lesiones, su localización y su pronóstico, el lugar en el que ocurrió el incidente o el estado emocional

de la víctima. De los 166 casos estudiados, el 96% de los partes de lesiones y el 90% de la documentación clínica fueron clasificados como de “baja calidad”. Los ítems mejor cumplimentados eran aquellos que tenían relación con la filiación de la víctima y la descripción y localización de las lesiones, mientras que los peor cumplimentados fueron el estado emocional, las medidas terapéuticas y la existencia de agresiones previas, así como el tipo de violencia, el cual solo pudo ser identificado en 24 de los 166 partes de lesiones estudiados. Solo uno de ellos pudo identificarse como un caso de violencia de odio, en este caso, motivada por racismo. Estos resultados han podido deberse a una menor sensibilización y formación del personal médico en la detección de la violencia interpersonal en general y de la violencia de odio en particular. En el caso de la violencia de género, por ejemplo, las políticas en salud llevadas a cabo con gran esfuerzo en los últimos 20 años han conseguido concienciar sobre su impacto en salud y el papel importantísimo que juega la comunidad de profesionales de salud en su abordaje. Se entiende así que la calidad de la información recogida en los partes de lesiones de violencia de género fue mucho mayor. En este sentido, un estudio en el que se utilizó la misma escala, encontró que los partes de lesiones de violencia de género tenían una calidad entre “alta” e “intermedia” en el 72% de los mismos¹⁰⁰. Los partes de lesiones que se aplican en violencia de género están más actualizados y forman parte de un protocolo de actuación elaborado específicamente para estos episodios, lo cual permite recoger la información de manera más sistemática y rigurosa que para otros de tipos de violencia, especialmente en el caso de la violencia de odio, de la que existe mayor desconocimiento. Por otro lado, la calidad de la información que se recoge en la documentación clínica (también analizada en dicho trabajo) es también mejorable y nos informa de que en la gran mayoría de los casos, el tipo de violencia no se investiga de manera suficiente por parte del personal de salud. Aunque la atención urgente tiende a centrarse en el tratamiento de las lesiones, el hecho de conocer este dato no es baladí: esta información puede determinar la aplicación de unas medidas terapéuticas y sociales de vital importancia para la víctima, tanto en lo que respecta a las consecuencias a medio y largo plazo, como en el riesgo vital al que puede estar expuesta en su entorno más inmediato. Dado que la calidad de la información de la historia clínica es superior a la reflejada en los partes de lesiones, podemos hipotetizar que, aun cuando la anamnesis recoge esta información, hay ciertos datos que no se plasman posteriormente en los partes de lesiones. Esto podría indicar que el formato de dichos documentos no favorece ni facilita la recogida de la información faltante o que el personal facultativo de los servicios

de urgencias desconoce el alcance de su importancia. Otra causa para la no cumplimentación completa puede ser la indeseable implicación en procesos judiciales. Todo ello debería ser explorado en estudios posteriores.

Otras fuentes de información sanitaria con datos de interés respecto a la violencia de odio son el registro de mortalidad y las encuestas de salud. En ambos casos, los datos recabados son de gran calidad y cuentan con una representatividad elevada de la población española. Sin embargo, presentan algunas limitaciones. En primer lugar, el registro de mortalidad recoge información sobre homicidios, pero sin especificar el tipo de violencia o la motivación del incidente violento y, por tanto, hace referencia a casos de violencia interpersonal, en general. Las encuestas de salud, por otra parte, son herramientas con gran flexibilidad, puesto que pueden incluirse unas preguntas u otras en función de la necesidad y, si las preguntas se mantienen, pueden dar una estabilidad que permita estudiar la evolución en el tiempo. Sin embargo, no se ha explotado su oportunidad, ya que algunas encuestas de salud no se hacen todos los años y, aunque sí se han incluido preguntas sobre discriminación percibida, ninguna encuesta de salud en España ha preguntado a día de hoy por la violencia de odio.

Además, existen otras fuentes de información no sanitaria que podrían aportar datos relevantes al estudio y la vigilancia de la violencia de odio, como son los informes judiciales y las denuncias policiales, ambos registros dependientes del Ministerio del Interior.

Un compendio de todas estas fuentes de información, tanto sanitarias como no sanitarias, podrían suponer una excelente oportunidad para conformar un sistema de vigilancia de violencia de odio. Siguiendo las directrices del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos para la evaluación de las fuentes de información sanitaria y su papel dentro de los sistemas de vigilancia epidemiológica¹⁰², las potenciales fuentes de información que podrían aportar datos a este hipotético sistema parecen mantener ciertas limitaciones a la hora de caracterizar la violencia de odio (Tabla 5). Todo ello hace patente la relevancia que puede tener un cuestionario de detección de violencia de odio (CDVO) como el elaborado en este estudio y que, de forma específica, permita recoger datos sobre la víctima y el contexto de la agresión.

Tabla 5. Comparación de las capacidades de diferentes fuentes de información para la detección de violencia de odio.

	Informe judicial	Denuncia policial	Registro mortalidad	Parte de lesiones	CMBD	Encuesta de salud	CDVO
Simplicidad	-	-	+	+	-	--	+
Flexibilidad	-	-	-	+	-	+++	++
Calidad datos	++	+	++	-	++	+	+++
Sensibilidad	-	-	-	+	-	+/-	+/-
VPP	+++	++	+	++	-	-	?
Aceptabilidad	--	-	+	-	+	+	-
Representatividad	---	--	+++	+++	+++	+++	-
Oportunidad	--	-	---	+	--	--	+++
Estabilidad	++	-	++	-	+	+	-
Definición caso	VO	VO	VINT	VINT	VINT		VO

Fuente: Elaboración propia.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

CDVO: Cuestionario detección Violencia de odio.

VO: Violencia de odio.

VINT: Violencia interpersonal.

VPP: Valor Predictivo Positivo.

La detección de casos de violencia de odio

Este trabajo presenta el primer cuestionario de detección de violencia de odio en el ámbito sanitario conocido hasta la fecha. El cuestionario constituye una parte esencial en el abordaje de estos incidentes, ya que su realización en el momento de la atención en los servicios de urgencias permite recabar datos muy específicos sobre la agresión que posiblemente no serían recogidos de otra manera, lo cual facilita la toma de decisiones terapéuticas en función de los mismos. Teniendo en cuenta la elevada carga asistencial que soportan los servicios de urgencias, el cuestionario de detección fue elaborado con la intención de que facilitase la anamnesis y la recolección sistemática de la mayor cantidad de información relevante, tanto desde el punto de vista epidemiológico como médico-legal, en el menor tiempo posible. Otros estudios sobre violencia de odio realizados en servicios de salud han utilizado otras metodologías, como entrevistas semiestructuradas, en la identificación de estos incidentes. Este cuestionario, con una previa formación y experiencia, puede ser cumplimentado en menos de 10 minutos, frente a los 30 minutos que puede suponer realizar una entrevista semiestructurada. Por ello, su inclusión en la práctica clínica habitual es muy factible. Su elaboración, mediante el método Delphi, contó con la participación de profesionales de diferentes perfiles, desde el campo de la investigación y la salud pública, hasta agentes sociales y organizaciones no gubernamentales con experiencia en la asistencia a víctimas de violencia de odio. Este último aspecto puede tener una gran importancia para la difusión de los datos obtenidos, ya que muchas de las variables, como el tipo de motivación, el acompañamiento a la víctima o la intención de denuncia por su parte, pueden ser devueltos a estas organizaciones para servir en la visibilización de este problema a nivel social y llevar a cabo actividades de abogacía e incidencia política, a fin de que las instituciones públicas aborden la violencia de odio.

El diseño del cuestionario se basó en la revisión de múltiples fuentes por parte de un grupo motor, que incluía cuestionarios utilizados en otras intervenciones, como las llevadas a cabo por el FBI²² y el Gobierno de Escocia²⁵, y variables de interés identificadas en documentos de referencia para la recogida de datos y visibilización de

los incidentes de odio^{29, 27, 103, 104}. A partir de esta revisión, se realizó un compendio de posibles preguntas que pudieran conformar un cuestionario de detección. Sin embargo, dadas sus características, las preguntas debían ser adecuadas al entorno de la asistencia urgente. Esto se debe a que los cuestionarios comentados no estaban diseñados para ser realizados de manera inmediata a la agresión sufrida por la víctima, sino algunos meses después (en el caso de FBI) o cuando la víctima así lo deseara (como los cuestionarios online). En un principio se pensó que el cuestionario pudiese ser autocumplimentado, pero dada la complejidad del tema en cuestión y los esfuerzos por reducir el número de ítems, nos hicieron decantarnos por una cumplimentación por parte del personal facultativo, lo cual, a su vez, garantiza a priori una mayor calidad en los datos recogidos.

Previa a la utilización definitiva de la herramienta de detección, todas estas cuestiones fueron evaluadas mediante un pilotaje del cuestionario en la práctica real. Este pilotaje se llevó a cabo durante cuatro semanas, en las cuales se completaron 20 cuestionarios a pacientes víctimas de agresión en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Este proceso sacó a la luz varias fortalezas, así como posibles áreas de mejora. Los resultados fueron evaluados utilizando indicadores cuantitativos y cualitativos. En primer lugar, el porcentaje de cumplimentación de las variables fue muy bueno, alcanzando el 100% en prácticamente todas ellas. En segundo lugar, el personal de salud implicado constató la agilidad con la que el cuestionario podía ser cumplimentado, necesitando entre 5 y 10 minutos, dependiendo de la colaboración de la víctima. En ciertas ocasiones, las víctimas se encontraban nerviosas, en estado de embriaguez o existían barreras idiomáticas que dificultaban la realización de la anamnesis, lo cual se intensificaba en un tema tan sensible como el que se trata en este estudio. Asimismo, el personal facultativo propuso mejoras al cuestionario, concretando más algunas preguntas e incluyendo variables nuevas que pudieran ser de interés para el estudio. Finalmente, el grupo motor realizó una serie de recomendaciones tales como incluir un código para la identificación de la persona que recogería los datos, así como la fecha y la hora en la que se completaba el cuestionario; solicitar una breve descripción del incidente que ayudase a comprender mejor el contexto en el que se había producido la agresión, incluyendo el dónde y el cuándo de la misma, y así orientar mejor la anamnesis. Se propuso invertir el orden de algunas preguntas, tener en cuenta el alta por fuga en los criterios de exclusión, datos sobre el paciente como su domicilio o el hospital de referencia, así como dejar abierta la variable de origen étnico de la víctima, en lugar de ceñirse a unas categorías predefinidas,

para que esta expresase cómo se identificaba. Con toda esta información, el grupo motor consultó a un grupo experto para confeccionar el cuestionario final.

Es importante tener en cuenta que el método Delphi utilizado para la elaboración del cuestionario de detección ha permitido, asimismo, evaluar la validez de contenido del cuestionario y la realización de un pilotaje dio lugar a una valoración positiva de la adecuación de las preguntas al ámbito y objetivos del estudio. Sin embargo, aspectos métricos relevantes para otros tipos de estudio, como la validez de criterio (el Gold Standard sería la motivación real del agresor, cuyo conocimiento es inviable) o la fiabilidad test-retest (volver a preguntar a la víctima meses después, cuya respuesta estaría probablemente sesgada), no serían factibles en este escenario.

Este cuestionario incorpora ciertos indicadores descritos en la bibliografía previa y que suelen acompañar a los incidentes de odio. Estos serían la utilización de lenguaje discriminatorio, la objetivación de simbología de odio en el entorno del incidente o la revictimización de la víctima. Siendo los insultos o la simbología algo común en incidentes violentos, ambos indicadores están incluso más presentes en los casos de violencia de odio¹⁰⁵, puesto que forman parte del discurso y de la ideología de quienes son intolerantes hacia determinadas características comunitarias, sociales o culturales. 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 más desconocidos o pasar desapercibidos para las víctimas, por lo que la magnitud de dichos hallazgos en nuestro estudio podría estar infraestimada.

Características de las víctimas de violencia de odio

Según nuestro estudio, el **perfil de la víctima** de violencia de odio parece diferir del de otras violencias. El análisis de más de 37.000 registros contenidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos reveló que el 85% de las altas hospitalarias por agresión eran hombres.

Las estadísticas de denuncias por delitos de odio elaboradas por el Ministerio del Interior español recogen, entre otros tipos de hechos delictivos, los delitos de lesiones, los cuales

representan alrededor de un 20% de todas las denuncias registradas. Sin embargo, sólo 1 de cada 4 de estas lesiones son denunciadas por mujeres frente a casi 40% en nuestra investigación para el mismo periodo de estudio. Esto podría explicarse por una menor denuncia por parte de las mujeres, quizá porque enfrenten más barreras para ello, incluida la del miedo al estigma social, familiar, e incluso, al auto-estigma, algo que ha sido descrito en otros tipos de violencia contra las mujeres¹⁰⁶. En este sentido, debe tenerse en cuenta la existencia de la interseccionalidad¹⁰⁷ de sexo-género y otros riesgos de victimización, apuntado por publicaciones posteriores a nuestra investigación¹⁰⁸. No obstante, cabe resaltar que, en los últimos años, el porcentaje de denuncias por parte de mujeres ha aumentado hasta prácticamente un 40%¹⁰⁹. El informe mencionado del Ministerio del Interior también muestra una menor proporción de víctimas extranjeras que nuestro estudio, lo que de igual manera puede deberse a que estas denuncien menos estos incidentes. En cuanto a las diferentes tipologías de la violencia de odio, los resultados son congruentes con otros estudios que encuentran una mayor proporción de incidentes motivados por la apariencia⁹⁵, la nacionalidad o la etnia de la víctima^{90,91,110}.

Respecto al **perfil de la persona agresora**, si bien la proporción de hombres es mayoritaria entre quienes ejercen la violencia en general⁷⁶, parece ser incluso mayor en la motivada por odio. Un reciente estudio realizado en España sobre población penitenciaria que cumple condena por delitos de odio ha elaborado un perfil sociodemográfico, psicológico y criminológico de estas personas. En el estudio se incluyeron a 33 convictos y los compararon con un grupo control de 38 presos cumpliendo condena por otros motivos. Los resultados apuntan a que los agresores de delitos de odio son personas más jóvenes que la población general y penitenciaria, en su mayoría de origen español, solteros y que conviven con su unidad familiar de origen; su nivel de estudios es básico, y carecen de un puesto de trabajo remunerado e ingresos económicos suficientes. El perfil psicológico realizado indica que son personas más propensas a asumir riesgos y que, debido a que poseen un mayor prejuicio sutil, reaccionan de una manera más agresiva ante los mismos. El perfil criminológico, según el estudio, indica que estas personas presentan un historial familiar de ideología de odio, y pertenecían o se relacionaban con grupos organizados con ideología de odio en el momento de los hechos delictivos. Carecen de la presencia de los factores de protección, tales como relaciones de pareja estables o empleo, y sus pares solo refuerzan sus prejuicios y actitudes intolerantes hacia personas ajenas a su núcleo cercano. No cuentan

con un historial delictivo previo de gravedad, ya que, aunque reconocen múltiples agresiones y peleas en grupo previas al hecho que motiva la condena actual, la mayoría de ellas no han dado lugar a un procedimiento judicial y posterior condena¹¹¹.

Además, estos hombres la perpetran en pequeños grupos, asociada a mecanismos de control y resolución violenta de conflictos relacionados con la masculinidad hegemónica y otros aspectos del *status quo*¹¹². El fenómeno de la violencia de odio podría incluso entenderse como una respuesta desde los poderes fácticos hegemónicos, para los cuales la diversidad representa una amenaza. Varios trabajos de investigación han identificado ciertos factores predisponentes compartidos por los agresores de violencia de odio: el trato duro en la infancia por parte de sus padres y tutores, la autopercepción de vulnerabilidad, la rigidez en el pensamiento o la tendencia a la deshumanización del prójimo, junto con la activación de la ira y la rabia^{113,114,115}.

Otros estudios llevados a cabo en los servicios de urgencias han relacionado las agresiones con el consumo de alcohol^{116,117}. No obstante, según los resultados de este estudio, el consumo de alcohol entre las víctimas de violencia de odio es menor que el encontrado en víctimas de otros tipos de violencia. Es decir, a pesar de que el alcohol pueda predisponer a tomar una postura agresiva o ponga a la víctima en una situación de vulnerabilidad, su consumo parece no tener un papel tan relevante en los casos de violencia de odio. Esto podría estar relacionado con el hecho de que la legitimación del acto violento viene dada en mayor medida por el rechazo hacia una característica de la víctima, como una razón suficiente para la victimización, sin necesidad de otros factores implicados. Por otro lado, el hecho de que la violencia de odio no se concentre especialmente en fines de semana, puede explicar, asimismo, el menor consumo de alcohol. Por ello, se debe prestar una mayor atención al contexto de la agresión, y tener en cuenta en la anamnesis otros determinantes de la persona agredida.

En España se han llevado a cabo múltiples y necesarios trabajos que han profundizado en el estudio de las violencias y su atención desde los servicios de urgencias, referidos en su mayoría a la violencia de género. No obstante, los estudios sobre agresiones desde una perspectiva de discriminación, odio o diversidad son realmente escasos. Entre ellos, un estudio realizado en 2011 en el servicio de urgencias de un hospital de Zaragoza, encontró una mayor tasa de agresiones y una mayor gravedad en pacientes de origen extranjero

frente a pacientes de origen español¹¹⁸ y resultados similares fueron reportados en otro estudio realizado en Suiza¹¹⁹. Por otro lado, un estudio de carácter etnográfico puesto en marcha en centros escolares de Cataluña expuso la existencia de un discurso racista y xenóforo hegemónico en la población juvenil, relacionándolo con episodios de violencia hacia personas migrantes de origen africano¹²⁰. En el contexto de un estudio de validación de dos escalas para la medición del estigma y el bienestar, Strizzi et al. (2016), encontraron una relación inversa entre el hecho de haber sido víctima de un incidente violento de motivación lgbtfóbica y el bienestar autopercebido¹²¹.

El registro de la violencia de odio fuera del sector salud

Existen sectores de la población que, por circunstancias históricas, sociales, políticas o económicas, se encuentran en mayor medida en el punto de mira de estos incidentes. Las estadísticas del Ministerio del Interior de España sobre incidentes de odio, señalan que las violencias racistas, ideológicas y las lgbtfóbicas son las más denunciadas, seguidas de los incidentes contrarios a diferentes confesiones religiosas, las personas en situación de calle o la violencia contra las personas con discapacidad. No obstante, debido a diversas limitaciones, estas estadísticas no permiten aclarar qué motivaciones, dentro de estas violencias, son las más comunes. Por ejemplo, las estadísticas de denuncias del Ministerio del Interior incluyen dentro del mismo epígrafe la violencia homofóbica con la “heterofóbica”, es decir, aquella debida a la heterosexualidad de la persona (algo absolutamente anecdótico), o dentro del epígrafe de incidentes contra las prácticas religiosas, aquellas que se producen por islamofobia junto a las que se producirían contra personas de religión católica o judía. Este abordaje generalista supone una limitación a la hora de entender qué poblaciones o comunidades son las más afectadas.

Las organizaciones no gubernamentales o de base comunitaria, sin embargo, trabajan generalmente enfocados en torno a una misma población y, en el caso de las violencias de odio, han trabajado por visibilizar los incidentes que las afectan. Algunas de estas estrategias han consistido en la creación de observatorios y en la colaboración interinstitucional, tanto entre las propias organizaciones como con las administraciones públicas. Esto ha permitido sacar a la luz un gran número de datos relevantes a la hora de

comprender la magnitud de la violencia de odio en España y una mayor comprensión sobre las poblaciones más afectadas por la misma.

Una de las poblaciones que más han sufrido la discriminación, a pesar de los grandes avances en el reconocimiento de derechos hacia esta comunidad, es la formada por personas gays, lesbianas, bisexuales y trans (LGBT). Los estudios realizados por la Agencia Europea de Derechos Fundamentales, en 2012 y 2019, sobre una muestra de 140.000 personas LGBT, encontró que entre 37% y el 43% de ellas se habían sentido en alguna ocasión discriminadas por razón de su orientación sexual o identidad de género^{122,123}. Asimismo, esta encuesta constató que solo el 4% de las personas LGBT que habían sufrido un incidente de odio lo había denunciado. En este contexto, y gracias probablemente a un activismo histórico e intensificado en los últimos años, los observatorios contra la violencia lgbtfóbica y contra la diversidad afectivo-sexual, han proliferado en nuestro entorno¹²⁴: Cataluña, Madrid, Valencia, A Coruña y Canarias son algunos de los territorios que ya cuentan con estas iniciativas de vigilancia ciudadana y que comparten una metodología inspirada en iniciativas de otros países, como True Vision en Reino Unido¹²⁵ o SOS Homophobie en Francia¹²⁶. Estos dispositivos nutren sus registros mediante la búsqueda proactiva de casos, noticias en los medios de comunicación o quejas telefónicas. Algunos incluyen en sus mecanismos de acción el acompañamiento a los servicios de salud, asesoramiento judicial o asistencia psicológica para la víctima a medio plazo. Se hipotetiza que, precisamente, la visibilidad que la comunidad LGBTI ha adquirido en el espacio público, cuyos individuos expresan con más libertad su orientación sexual, aumenta su exposición y la pone en mayor riesgo. Al comparar los datos de estos observatorios regionales con los recogidos por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, observamos que estos últimos son claramente inferiores. En 2017, la suma de los primeros, aún solo cubriendo una pequeña parte del territorio español, supera en más de 300 casos los recogidos por las segundas, lo que nos señala que todavía existe un amplio margen de mejora en las estadísticas oficiales que conciernen a las denuncias desde este colectivo¹²⁷.

Desde el sector de la salud, la violencia que sufren las personas LGBT ha sido identificada como uno de los problemas sanitarios a los que esta población se enfrenta. La evidencia al respecto procede sobre todo de países como Estados Unidos o Inglaterra¹²⁸, aunque en España comienza a haber publicaciones que intentan poner el foco en los problemas de

salud de las personas LGBT y las desigualdades en salud de estos colectivos¹²⁹. La diversidad afectivo-sexual es un determinante de salud poco explorado en nuestro medio¹³⁰ y al que debe prestarse una mayor atención para comprender su efecto sobre la salud y, como reclaman voces expertas, las posibles implicaciones para el sistema sanitario¹³¹.

Otro de los colectivos más golpeados por la discriminación y el estigma es el de las personas sin hogar y así lo atestiguan los estudios realizados en España sobre la misma. El estudio realizado por el Observatorio Hatento, mediante entrevistas a una muestra de 261 personas, encontró que el 47% había sufrido al menos una agresión motivada por su sinhogarismo y en el 81% de ellas, de manera recurrente⁵⁶. Según este estudio, el tipo de victimización más frecuentes son los insultos y el trato discriminatorio, las agresiones físicas, el acoso y la intimidación y el robo de pertenencias. Destaca, también, que una de cada tres personas sin hogar ha sido insultada o recibido un trato vejatorio por el hecho de vivir en la calle y casi una de cada cinco habría sido víctima de un delito de odio por agresiones de carácter físico. Además, señala secuelas físicas en el 11% de las personas entrevistadas (fracturas, pérdida de piezas dentales) y emocionales en el 95%, en una población que, de base, ya tiene un estado de salud física y mental vulnerable. Estos datos concuerdan con los de la Encuesta de personas sin hogar del Instituto Nacional de Estadística, que estima que un 61% de las personas sin hogar habrían sido víctimas de algún tipo de delito o agresión durante su historia de sinhogarismo¹³², y con un estudio realizado en País Vasco en 2012, del conjunto de personas encuestadas en la calle y en los centros de alojamiento, en donde un 58,3% afirmó haber sido víctimas de algún delito o conducta antisocial ligada a esa circunstancia⁵⁶.

Por su parte, la comunidad islámica en España ha denunciado un aumento de los incidentes islamófobos contra personas musulmanas y mezquitas en los últimos años. Señalan al discurso político de algunos partidos y el auge de la extrema derecha en España, la acogida de refugiados, la migración y la xenofobia, el mal uso del lenguaje y los atentados en Barcelona y Cambrils de agosto de 2017, como catalizadores de este incremento de incidentes de odio frente a la población musulmana en España. Así lo señalan informes de varios observatorios, el Observatorio Andalús de la Unión de Comunidades Islámicas de España (UCIDE), la Plataforma Ciudadana contra la Islamofobia y la Asociación Musulmana por los Derechos Humanos, los cuales recogen

casos de incidentes de odio islamofóbicos tanto de atención directa en sus sedes, vía online, como encontrados en los medios de comunicación^{133,134,135}. Denuncian, además, la persistencia de prejuicios y actitudes discriminatorias que dificultan el acceso de estas personas a servicios públicos, como la asistencia sanitaria, o privados, como el acceso al alquiler de una vivienda o un local. Hay que tener en cuenta que, en muchos casos, puede existir una discriminación múltiple, allí donde se aúnan diferentes características minorizadas como el color de piel, el origen étnico o nacional y la confesión religiosa. Este es el caso de muchas personas musulmanas o de origen árabe en nuestro país, lo que las convierte en una de las poblaciones más vulnerables frente a la violencia de odio racista, xenófoba e islamófoba.

El antisemitismo en Europa tiene una larga y triste historia que abarca desde la expulsión de los judíos en España en el siglo XV hasta el genocidio cometido por los nazis en el siglo XX, cuando asesinaron a más de 6.000.000 de personas sólo por el hecho de ser judías. A pesar de los esfuerzos por erradicar esta ideología, el antisemitismo ha persistido hasta nuestros días, alimentado por grupos de odio filofascistas y de extrema derecha. Con el objetivo de centralizar, catalogar y analizar los incidentes de carácter antisemita, la Federación de Comunidades Judías de España creó, en 2009, el Observatorio del Antisemitismo. Desde entonces, en sus informes vienen recogiendo hechos de diversa índole, tales como ataques contra personas, locales o edificios, pintadas, noticias o presencia de discurso de odio antisemita en internet, especialmente, en las redes sociales. Aunque las estadísticas oficiales nos hablan de 13 denuncias por incidentes de odio antisemita en 2016 y 2017, el rechazo hacia la cultura judía sigue alimentando el discurso de los grupos de odio en España¹³⁶.

En lo que respecta a la población romaní en España, la Fundación Secretariado Gitano cubre, entre otras cuestiones, los casos de discriminación y de odio sufridos por la población gitana en nuestro país. Esta organización recoge alrededor de 400 incidentes de odio sufridos por personas gitanas al año por antigitanismo¹³⁷.

La situación de crisis sanitaria y social producida por la pandemia de COVID-19 ha tenido también impacto en la violencia de odio. Por un lado, las estadísticas de incidentes de odio sufrieron un ligero descenso para todas las formas de discriminación, probablemente relacionado con la menor interacción social debido a confinamientos y otras limitaciones

de la movilidad impuestas por el Estado. No obstante, también puede haber existido, por el mismo motivo, un descenso en la ya baja tasa de denuncia y notificación de estos incidentes por parte de las víctimas, especialmente en un contexto de reducción de la atención presencial por parte de los servicios públicos. Especial mención requiere el acceso a la sanidad pública, el cual se ha visto reducido debido al colapso de la atención primaria y urgente. Estos servicios son los encargados de expedir partes de lesiones, sin los cuales no se procede a denunciar una agresión en muchas ocasiones. La pandemia de COVID-19, además, ha fomentado los discursos de odio frente a la población LGBT, a la que desde ciertos foros religiosos se culpó de la pandemia, pero especialmente ha elevado el discurso de odio frente a las personas de origen asiático, con énfasis en la comunidad china en diáspora^{138,139,140}.

Atención sociosanitaria a las personas víctimas de violencia de odio

La recogida de datos sobre violencia de odio en la práctica clínica puede suponer un desafío para los servicios de salud, ya que requiere una estrecha colaboración entre diferentes agentes hospitalarios y de atención primaria (personal de medicina, enfermería, trabajo social, admisión, seguridad, etc.), formación y sensibilización del personal de salud en un tema previamente desconocido, además de la adaptación a otros protocolos del centro y el apoyo institucional. A esto se añaden otros factores propios de los servicios de urgencias que hacen más complicada la implantación de procesos innovadores en este entorno^{141,142}: por un lado, la elevada presión asistencial a la que los servicios de urgencias se ven sometidos produce una gran resistencia a la hora de realizar actividades que se consideran extracurriculares, como es el caso de la investigación y, en mayor medida, si requiere emplear un tiempo, ya considerado limitado, a esta tarea. Por otro lado, la coexistencia de múltiples protocolos de investigación puede crear cierta confusión en el personal del servicio, a veces externos a la propia urgencia, siendo cada vez más complicado realizar los avisos adecuados a las personas responsables del estudio. A esto se le suma la rotación frecuente del personal de salud y otros eventos excepcionales sobrevenidos (como en este caso fueron la crisis del Ébola y la posterior de Crimea-Congo atendidos en las Urgencias del Hospital Universitario La Paz) o estacionales (como la

epidemia de gripe), que pueden llegar a saturar y casi colapsar la dinámica de los servicios de urgencias.

Una de las necesidades detectadas en la implantación inicial del proyecto fue la de proporcionar una atención de calidad a las víctimas de violencia de odio y no una mera descripción epidemiológica de las mismas. Esto nos condujo a plantear la realización de un protocolo de actuación con un abordaje más integral, no solo desde la parte asistencial, sino también desde una perspectiva social, judicial y de apoyo a la víctima. Para ello se contó con el propio personal del servicio de urgencias, lo que implicó incluir nuevos agentes en la implantación del proyecto, como enfermería, trabajo social, gestión de calidad, etc., con el objetivo de integrar la atención y el cuidado de las víctimas de violencia de odio en la práctica clínica habitual. Este protocolo fue presentado en las comisiones de violencia de los hospitales participantes en el estudio. El objetivo de estas comisiones es establecer pautas de actuación normalizadas e integradas para las y los profesionales del centro, que posibilite una atención integral a la salud de las personas que sufren o han sufrido violencia, así como implementar todas las acciones que en esta materia se consideren, debiendo dar cobertura a todas las manifestaciones de violencia sobre las personas más vulnerables. Estas comisiones de violencia tienen un carácter multidisciplinar y multiprofesional, ya que deben contar con la participación de profesionales de trabajo social, enfermería, medicina de urgencias, cirugía, traumatología, ginecología, psiquiatría, pediatría, geriatría y medicina interna. Para garantizar el apoyo institucional era recomendable que el grupo de trabajo contara también con miembros de la comisión de violencia y del equipo directivo del centro.

No todos los centros sanitarios son iguales, sino que existen diferencias a varios niveles: la organización, los recursos, la población que atiende, el tipo de atención que ofrece, etc. Para que la aplicación de este protocolo de atención tenga éxito, cada centro tiene que adaptar las recomendaciones ofrecidas a sus propias características y entorno, lo que implica la revisión crítica de las pautas de actuación recomendadas en este proyecto. Se debe revisar la compatibilidad de las pautas descritas con otras que se estén aplicando en el centro, como el protocolo sobre violencia de género, maltrato o abuso infantil o contra personas mayores, etc., para buscar sinergias e identificar posibles incompatibilidades que deban ser subsanadas antes de su puesta en marcha, y evitar así conflictos posteriores.

La participación del triaje en los servicios de urgencias hospitalarios es uno de los puntos más importantes. El triaje constituye el primer contacto entre la víctima y el personal sanitario, por lo que su inclusión en el protocolo de violencia de odio del centro es imprescindible.

Es fundamental explorar previamente las actitudes y conocimientos del personal de salud ante la violencia de odio ya que tienen importantes implicaciones en el abordaje de la víctima y en la implantación de la intervención. Para ello, pueden emplearse metodologías tanto cuantitativas como cualitativas, que permitan conocer dimensiones relacionadas con la tolerancia del personal sanitario, el acceso de las víctimas de violencia a los servicios de salud, la calidad percibida de la atención, la aceptabilidad de las intervenciones desde el sector salud o las necesidades específicas de formación. Partiendo de esta premisa, Proyecto SIVIVO llevó a cabo 2 grupos de discusión con representantes de grupos profesionales que prestan asistencia sanitaria a víctimas que han sufrido agresiones¹⁴³. El análisis del discurso de estos grupos permitió identificar necesidades específicas de las víctimas de violencia de odio desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Entre ellas, destacaban la necesidad de herramientas prácticas que faciliten la detección y el diagnóstico de la violencia de odio, ya que la ambigüedad de los actuales partes de lesiones complica la labor de los profesionales, y el desarrollo de intervenciones sanitarias coordinadas que permitan el seguimiento del paciente después del fenómeno de violencia. Uno de los problemas más significativos identificados en la exploración de las percepciones de los profesionales es la necesidad de establecer criterios adecuados para la detección y el reconocimiento de las víctimas violencia de odio, cuyo diagnóstico resulta muy complejo y requiere competencias específicas que, en la actualidad, no se ofrecen en la atención en urgencias ni en la atención primaria. Otra de las barreras, quizás una de las más importantes encontradas en dicho estudio cualitativo, fue la presencia de prejuicios dentro del propio personal de salud, a veces consciente y a veces, interiorizada. Esta se manifestó en falta de confianza en la víctima, la visión de que ciertos pacientes, como los de origen extranjero, son más demandantes que aquellos de origen nacional, o que son simples reyertas, en ocasiones relacionadas con el consumo de alcohol u otras sustancias. No obstante, en el discurso se encuentran también opiniones y actitudes que invitan a empatizar con las víctimas de violencia de odio y a analizar la existencia de los propios prejuicios existentes, como en toda la sociedad, en el personal de salud.

Otras limitaciones emergidas en el discurso apuntaban a que la atención sanitaria a las víctimas de violencia de odio no resulta adecuada o suficiente para ofrecer una respuesta contundente al problema, por las barreras y dificultades que los pacientes tienen a la hora de acceder al sistema sanitario mediante un recorrido específico regulado por estándares procedimentales que permitan la atención y el seguimiento de estas personas en las distintas etapas posteriores a su agresión. Los profesionales de la salud reclaman recursos para poder enfrentarse al problema y ofrecer respuestas más eficaces. Denuncian una falta de medios adecuados para la detección y el cuidado a la víctima, sobre todo de las consecuencias psicológicas posteriores al tratamiento de la agresión física. Sumado al desconocimiento general sobre el tema, todo ello limita las posibilidades del personal sanitario de ofrecer una atención de calidad frente a la violencia de odio. Estos hallazgos son congruentes con un reciente estudio realizado mediante cuestionario a personal médico de hospitales de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha¹⁴⁴.

Como ya se apuntaba al inicio de este trabajo, la terminología judicial actúa como una barrera a la hora de abordar esta violencia por parte del personal de salud. El concepto de delito es extraño en nuestro medio, e incluso crea cierto rechazo, ya que se percibe como algo ajeno a la labor sanitaria. Por otro lado, se reconoce el no disponer de formación, ni haber adquirido competencias específicas en materia de violencia de odio, aunque sí sobre otras violencias, como el maltrato infantil o a personas mayores y violencia de género. El déficit de competencias consecuente a la falta de formación es otra barrera que se añade a la carencia de medios más específicos. Además, se pone de manifiesto el papel clave de los servicios de salud, especialmente de la atención primaria, que debería ofrecer un seguimiento a los pacientes atendidos en urgencias y participar en la coordinación y derivación a otro tipo de atención requerida por las víctimas. Sin embargo, este rol está siendo cubierto en la actualidad por organizaciones no gubernamentales.

Conscientes de dichas necesidades, una de las medidas principales en la implementación de este proyecto fue la sensibilización y formación del personal de los servicios de Urgencias en violencia de odio, con la finalidad de desarrollar capacidades que les permitiesen abordar las necesidades de las personas agredidas por este tipo de violencia. En la actualidad, el personal de salud no dispone de conocimientos sobre violencia de

odio, y en muchas ocasiones, no suele preguntarse a la víctima por la causa de la agresión, o no se hace constar en los partes de lesiones. Todo ello contribuye a una infradetección de estos casos y una respuesta limitada e inadecuada a este problema. Es importante que el personal de salud conozca qué son la violencia y los delitos de odio, cuáles son los colectivos más afectados y su situación, así como su impacto en la salud de las víctimas. Para ello deben llevarse a cabo procesos de sensibilización y, además, ofrecer formación específica sobre la violencia de odio, que aborde en detalle aspectos tan relevantes como la detección de casos, la notificación de incidentes, el marco legal vigente o los protocolos existentes, tanto sanitarios como policiales. Dentro del Proyecto SIVIVO se realizó un curso específico de 15 horas de duración orientado a 18 profesionales de medicina, enfermería y trabajo social, implicados en alguna fase del proyecto. La formación fue impartida por parte del equipo investigador en colaboración con profesionales de la administración pública y organizaciones no gubernamentales con experiencia en la atención social a las víctimas de violencia de odio. A través de clases y talleres se trató la situación actual del problema y el impacto en salud del mismo, se explicó el procedimiento de actuación y, mediante casos prácticos, se trabajó el cuestionario de detección de violencia de odio. Asimismo, se revisaron las principales estrategias institucionales que el Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia y el Ministerio del Interior habían llevado a cabo hasta la fecha. Finalmente, se invitaron a representantes de organizaciones no gubernamentales con experiencia en el abordaje de la violencia de odio en diferentes poblaciones como la LGBT, las personas sin hogar, migrantes y personas de diferentes orígenes étnicos, para conocer de primera mano su labor en el campo con las víctimas. A lo largo del periodo de estudio se realizaron sesiones de sensibilización para personal de salud, tanto periódicas como a demanda, habida cuenta de la elevada rotación del personal en los servicios de urgencias.

Desde el sistema sanitario, las agresiones que conllevan una lesión física y que necesitan ser atendidas por parte del personal de salud son la parte más visible de la violencia. No obstante, existen manifestaciones de la violencia de odio cuyo impacto en la salud debe tenerse en cuenta y que están relacionadas con delitos de lesiones menores: las amenazas, los daños a la propiedad, las injurias, situaciones de discriminación, el trato degradante, las coacciones, etc., son incidentes relacionados con el odio y generan un impacto en las personas que las sufren, ya que atenta contra su dignidad como personas y pueden llevarlas a sentirse en peligro o rechazadas por la sociedad. Estas formas de violencia

también se recogen en las estadísticas oficiales del Ministerio de Interior, ya que en muchas ocasiones pueden ser constitutivas de delito. Existe una relación más o menos exponencial entre estos hechos y los casos de violencia más graves: es decir, por cada persona que necesita ser atendida o ingresada en un hospital a causa de un episodio de violencia, muchas más acuden a sus centros de salud y otras tantas no solicitarán ayuda profesional¹⁴⁵.

Un estudio hospitalario realizado en Reino Unido, encontró un 18% de víctimas de violencia de odio¹¹⁷, frente al 35% encontrado por otro estudio también en el mismo país¹⁴⁶. La discrepancia entre los datos podría estar relacionada con la utilización de diferentes metodologías en la detección de casos de violencia de odio o con un posible sesgo de selección derivado de pequeñas diferencias en la definición de caso. Por definición, un caso de violencia de odio se basa en la percepción de la víctima sobre la motivación de la agresión. Esto podría conllevar igualmente un posible sesgo de clasificación, ya que la víctima puede decir que la agresión ha sido motivada por odio y no haber sido así, y viceversa. No obstante, la detección de un caso a partir de un cuestionario como el propuesto en el presente trabajo permite minimizar este posible sesgo, gracias a la inclusión de múltiples variables (características del agresor, diferentes motivaciones, descripción del lugar, contexto, etc.) que recaban información relevante sobre el incidente, y que aportan indicios sobre si la violencia ha sido o no motivada por odio. Nuestro estudio, en cualquier caso, no aspira a conocer la prevalencia o la incidencia de las agresiones motivadas por odio, debido a la gran complejidad que esto conllevaría sin un sistema de información sanitaria establecido o sin realizar una encuesta aleatoria representativa a nivel estatal. Debemos tener en cuenta que habrá víctimas de agresión que no han sido captadas para nuestro trabajo, bien por no haber sido encuestadas en el momento de la admisión por el personal facultativo adscrito al estudio o porque no se diese aviso a alguien del grupo investigador desde el triaje. A esto se añaden otros factores propios de los servicios de urgencias anteriormente comentados, como la presión asistencial, la existencia de múltiples protocolos de investigación, rotación frecuente del personal, entre otros^{141, 142}. Por otra parte, las personas con lesiones más graves y que, por tanto, precisarían de una atención quirúrgica urgente, generalmente no pasan por los servicios de urgencias o lo hacen de manera muy breve, siendo trasladados a quirófano para su tratamiento y, posteriormente, a una planta de hospitalización. Por tanto, sería plausible que aquellos pacientes con cuadros más graves no hayan entrado en el estudio,

introduciendo así un sesgo de selección que conllevaría a una infraestimación de la gravedad de las lesiones relacionadas con la violencia de odio.

En nuestro estudio, la inmensa mayoría de las víctimas atendidas y encuestadas tenían el deseo de denunciar las agresiones sufridas. Sin embargo, sabemos que la infra-denuncia es uno de los caballos de batalla en la cuantificación de los delitos de odio, como ocurre en el caso de otras formas de violencia. Por tanto, consideramos que debería estudiarse a fondo qué ocurre tras la atención sanitaria urgente para que estos hechos no lleguen a las comisarías y juzgados.

Una de las limitaciones que nos encontramos en nuestro estudio es que, si bien nuestra investigación se basa en una serie de casos amplia para el entorno de urgencias, 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 que los futuros estudios sobre el tema fuesen más amplios o más específicos, para que, así, permitan describir en mayor profundidad los diversos perfiles de las víctimas de violencia de odio y aproximarse a las necesidades de cada población diana.

Dada la necesidad de realizar un primer acercamiento a estas narrativas desde un punto de vista no cuantitativo, desde Proyecto SIVIVO se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a pacientes víctimas de violencia de odio, con el objetivo de conocer sus percepciones en relación al proceso de atención y el impacto que este tipo de violencia estaba teniendo en su estado de salud¹⁴⁷. De este modo, a aquellos pacientes atendidos en los servicios de urgencias donde se implementó el protocolo de estudio, se les preguntó si desearían participar en un estudio cualitativo posterior. El guion de las entrevistas en profundidad fue elaborado tras un estudio de la bibliografía sobre el tema y una revisión de los protocolos de actuación sanitaria existentes para otros fenómenos, como la violencia de género. Las percepciones sobre las circunstancias relativas a las agresiones por violencia de odio se centraron en tres aspectos fundamentales: la presencia de agresores, victimización de la persona agredida y la localización del evento. Se señalaron mayoritariamente los lugares públicos, especialmente los espacios abiertos, como principales escenarios en donde tienen lugar los episodios de violencia de odio. Respecto al perfil del agresor, sus características fueron variables, describiéndose incluso casos de

agresiones verbales por parte de trabajadores públicos. En estas entrevistas también se describen fenómenos de agresión física por parte de ciudadanos sin apariencia relacionada con grupos de odio, y no necesariamente vinculados con la inmigración, sino con formas de discriminación más generalizada. Un tercer aspecto que emergió de las entrevistas en profundidad fue la presencia constante de la agresión psicológica, el insulto estigmatizante, la ofensa de la víctima a través de etiquetas que se expresan bajo formas de insultos. Las entrevistas pudieron constatar, igualmente, el impacto que la violencia de odio tiene sobre la víctima, afectando a los tres aspectos básicos de su salud: el bienestar físico, el psicológico y el social. Las lesiones consecuentes a la agresión fueron frecuentes y caracterizan la violencia de odio sufrida por la mayoría de los entrevistados, como golpes, puñetazos o empujones. La necesidad de una atención y unos cuidados físicos representa una constante en las percepciones de las personas entrevistadas, teniendo en cuenta su captación a través de un servicio de urgencias. Asimismo, se encontraron secuelas psicológicas en las víctimas entrevistadas, que van desde la ansiedad y el miedo por su propia persona, a la manifestación de nuevas conductas de evitación y reducción de riesgos para evitar una nueva revictimización. Con respecto al acceso a los servicios necesarios para atender las consecuencias de una agresión por violencia de odio, todas las personas entrevistadas declararon haber recibido atención sanitaria, pero ninguna atención específica a otras necesidades producidas por la circunstancia. Un primer aspecto emergente fue la falta de información sobre los procedimientos judiciales y la denuncia del episodio a las autoridades o la necesidad de asesoría legal. Mientras se señala una buena coordinación con los servicios sociales y su seguimiento después del episodio de agresión, los pacientes reclaman un trato particular, orientado a atender las necesidades posteriores a la intervención sanitaria, una actuación coordinada por parte de las autoridades públicas, que no están formadas para brindar atención específica. La calidad de la atención es siempre buena con respecto a la asistencia sanitaria y a los profesionales de la salud que les atienden, aunque en algunos casos se reclamaba una mayor comprensión de la situación producida por parte del personal sanitario. La percepción de la atención proporcionada por los cuerpos de seguridad del Estado refleja una falta de competencias específicas en el manejo de las víctimas de las agresiones por violencia de odio. Con respecto a las áreas de mejora del proceso asistencial, las víctimas demandaban una mayor atención psicológica y un asesoramiento jurídico tras la atención sanitaria. Estos discursos son consistentes con los hallados en otros estudios de base cualitativa realizados con víctimas de violencia de

odio⁵⁶. Asimismo, la caracterización de los perfiles de la víctima y el agresor, el impacto en la salud y las circunstancias concurrentes vienen a apoyar los resultados encontrados en el estudio cuantitativo.

Derivación y apoyo social a supervivientes de violencia de odio

Para llevar a cabo intervenciones innovadoras es imprescindible una implicación a todos los niveles. Por ello, desde el principio se procuró involucrar a diferentes áreas del servicio de urgencias, incluyendo la enfermería, el triaje, la jefatura de servicio y al personal de trabajo social. Asimismo, se buscó el apoyo de instituciones como el Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia (Secretaría de Estado de Inmigración), la Dirección General de No discriminación e Igualdad de Trato (Secretaría de Estado de Igualdad) y organizaciones no gubernamentales dedicadas al apoyo y acompañamiento de víctimas de violencia de odio.

Las necesidades de las personas que han sufrido violencia de odio van más allá de la atención sanitaria inmediata, incluyendo la continuidad de cuidados a medio y largo plazo para prevenir la aparición de secuelas tales como ansiedad, depresión, pérdida de la autoestima o evitar cambios conductuales con afán de disminuir el riesgo a la victimización^{65,148}. A día de hoy, nuestro sistema sanitario no cuenta con profesionales de atención primaria y urgencias con la formación y las habilidades necesarias para manejar estos casos, lo que dificulta su correcto seguimiento. Sin embargo, existen múltiples organizaciones, especialmente de base comunitaria, con una larga experiencia en el abordaje psicológico y social de las secuelas de la violencia de odio, muchas trabajando sobre poblaciones específicas. Por otra parte, estas personas también requieren apoyo social y legal, un servicio no prestado actualmente desde el sistema sanitario. Debido a las situaciones de base que enfrentan por ser parte de comunidades previamente discriminadas, la valoración y atención social constituye un pilar básico en una atención de calidad a las víctimas de violencia y delitos de odio.

Con el propósito de mejorar la atención, el apoyo y garantizar la continuidad asistencial a supervivientes de violencia de odio, el equipo del proyecto SIVIVO decidió elaborar

una guía de recursos sociales especializados, dirigida tanto a las personas afectadas como al personal sociosanitario que interactúa con ellas, a donde poder derivarlas¹⁴⁹.

El marco teórico y metodológico empleado se basó en un enfoque de derechos para la identificación de recursos sociales que trabajasen con víctimas de violencia de odio en la Comunidad de Madrid, con los siguientes criterios: que estuvieran centrados en las personas, que ofrecieran un apoyo competente y de calidad, de carácter incondicional, intensivo, ininterrumpido e integral, con una orientación comunitaria y hacia la inclusión y el respeto a la diversidad.

Para la elaboración de una guía de estas características es necesario identificar los recursos sociales y otros activos en salud del ámbito geográfico del centro sanitario, donde pueden ser derivadas, incluyendo recursos públicos y de ONGs especializadas. Asimismo, es recomendable preparar un folleto con información de interés para la víctima sobre dónde puede encontrar ayuda y dónde denunciar, con direcciones y teléfonos. En la mayoría de los casos, este folleto debe ser refrendado por la comisión de calidad del centro o su órgano correspondiente. En un primer momento, se identificaron las guías de recursos sociales más amplias de nuestro entorno, en concreto la Guía de recursos del Ayuntamiento de Madrid¹⁵⁰ y la Guía de recursos sociales de la Comunidad de Madrid¹⁵¹. También se revisaron otras guías elaboradas por organizaciones tanto del ámbito público como privado^{152,153}. Al mismo tiempo se contactó con personas clave para completar un primer listado de recursos que, a priori, podrían tener entre sus objetivos el apoyo a las víctimas de violencia de odio. En este listado se incluían servicios de salud, vivienda, educación, discapacidad, cooperación al desarrollo, drogodependencias, empleo, extranjería, mujer, infancia y juventud, mayores, servicios sociales generales, voluntariado, ONGs diversas, fundaciones, etc. En una segunda fase, se consultaron directorios, registros oficiales y páginas web de las entidades y organizaciones del listado y se solicitó información a algunas de ellas vía correo electrónico y teléfono, elaborándose un segundo listado más ajustado a nuestro interés. Finalmente, se visitaron esos recursos, recabándose información sobre su funcionamiento y sobre la actividad y programas relacionados con la violencia de odio.

En base a los criterios mencionados más arriba, se incluyeron en la guía nueve recursos, de organizaciones no gubernamentales y servicios de la administración, que prestan atención psicosocial, apoyo, acompañamiento y asesoría jurídica a las víctimas de violencia de odio en algunas de sus diferentes manifestaciones: homofobia y transfobia, racismo y xenofobia, aporofobia y discriminación múltiple. De ellos se recogió información relativa a su accesibilidad, como dirección, horario, contacto, población objetivo y requisitos para su utilización. No se han incluido en la guía instituciones y organizaciones que, aunque trabajan con grupos o colectivos de población vulnerable a la victimización, no contemplan entre sus actividades el apoyo específico frente a la violencia de odio.

Esta guía ha empezado a ser utilizada en los servicios de urgencias del Hospital Universitario La Paz (2016) y el Hospital Fundación Jiménez Díaz (2017) con el fin de derivar a las víctimas de violencia que requieran de estos servicios, siempre en función de sus necesidades específicas. El protocolo de atención en el que se incluye la utilización de esta guía recomienda la derivación a estos recursos una vez finalizada la atención sanitaria urgente y previa al alta. Esta intervención se encuadra dentro de una evaluación social de la víctima, en la que se informa también de su derecho de la víctima a denunciar el episodio de agresión a la policía. En la práctica, la guía es utilizada por el personal de trabajo social del hospital, pero también por el personal sanitario cuando el primero no se encuentra disponible.

Esta iniciativa pone en conocimiento del personal de salud la existencia de diferentes recursos que se encuentran a disposición de las personas supervivientes de violencia de odio, a los que pueden ser derivados en la práctica habitual, garantizando en cierta manera una continuidad asistencial a las necesidades sanitarias y sociales del paciente afectado por este tipo de violencia. A la vez, este documento puede servir como punto de partida metodológico para la elaboración de nuevas guías en otros entornos. La ausencia de recursos especializados en la atención social a supervivientes de violencia de odio por determinadas motivaciones sugiere la necesidad de mejorar la formación y la concienciación sobre este tema en instituciones y organizaciones que trabajan con personas expuestas a este tipo de violencia.

Aspectos éticos en el abordaje de casos de violencia de odio

En lo que respecta a la atención a personas que han sido víctimas de violencia, a las de violencia de odio especialmente les acompañan el sufrimiento de una discriminación que no es solo puntual, sino estructural, por lo que es necesario tener muy en cuenta ciertas valoraciones éticas. El personal sanitario debe ofrecer escucha, apoyo y respetar las decisiones de la víctima ya que, en ocasiones, la situación de violencia que está sufriendo involucra a su entorno más cercano, personal o laboral, por ejemplo. Cada caso es particular, por lo que debe realizarse un análisis pormenorizado y una valoración individual para ofrecer un trato adecuado, personalizado y de calidad.

La autonomía de la víctima debe ser respetada en todo momento, así como el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Al mismo tiempo, no se debe olvidar que el personal de salud tiene el deber deontológico de denunciar la sospecha de una situación de violencia, de velar por la vida y el beneficio de la salud de sus pacientes y evitar perjuicios innecesarios.

El papel del sector salud en la violencia de odio

Los servicios de salud, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria, ocupan una posición privilegiada para identificar este tipo de incidentes, ya que a ellos acuden a diario personas que han sufrido agresiones o que presentan secuelas de la violencia de odio. 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 este tipo de violencia conlleva, ya sea atendiendo las secuelas físicas y psicológicas a corto y largo plazo, o derivando pacientes a servicios especializados. Por su parte, el personal de trabajo social puede valorar el riesgo de las personas supervivientes a nuevas victimizaciones y derivarlas a recursos sociales. Debido a las consecuencias de la violencia, la continuidad de cuidados y el seguimiento desde atención primaria y salud mental resulta fundamental. El sector salud tiene una larga experiencia en la elaboración y aplicación de criterios diagnósticos para la detección de diversos problemas de salud,

entre los que se encuentran diferentes tipos de violencia, como la violencia de género, el abuso infantil o el maltrato hacia personas mayores. Asimismo, el sector salud posee diversos sistemas de información que, con simples adaptaciones, podrían permitir valorar la magnitud del problema y su impacto en salud, como los registros de mortalidad y altas hospitalarias, la historia clínica y los partes de lesiones. Estos últimos son una herramienta clave en la investigación judicial del delito de odio, por lo que la adecuada colaboración del personal de salud puede aportar información importantísima en la descripción del incidente.

Proyecto SIVIVO ha puesto de manifiesto la importancia de aplicar procedimientos específicos que permitan el abordaje integral de la violencia de odio como problema de salud aún invisible. Asimismo, su puesta en marcha cuenta con muchas ventajas concurrentes: formar e informar respecto a la violencia de odio, aumentando el conocimiento de este problema sanitario; elaborar documentación adecuada, ya sean guías o protocolos de actuación frente a este tipo de violencia y herramientas con capacidad de detección de los casos de violencia de odio; sensibilizar a las y los profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto de esta violencia en la salud; optimizar la prevención, detección y atención de la violencia considerando aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad; aumentar el registro de casos de violencia en los servicios de atención especializada; facilitar los instrumentos necesarios para garantizar la adecuada atención sanitaria mediante información actualizada; adecuar la actuación profesional a la demanda y al momento del proceso de violencia; mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios y, por último, facilitar pautas a los profesionales que favorezcan su autocuidado en el afrontamiento de las situaciones de violencia.

Por su parte, la investigación en salud, tanto clínica como epidemiológica y de salud pública, constituye un elemento imprescindible en el progreso del conocimiento de la violencia de odio. La comunidad científica puede elaborar modelos conceptuales, avanzar en el conocimiento de las causas e impacto social y en salud de la violencia y los delitos de odio, estudiar el nivel de acceso a servicios de salud de las poblaciones más afectadas y el grado de implementación de los protocolos específicos, así como explorar las percepciones y actitudes del personal de salud hacia este fenómeno, arrojando posibles espacios para intervenciones preventivas. La evaluación sistemática de estas

intervenciones permitirá identificar aquellas que funcionan, así como mejorar las que no han resultado satisfactorias y hacerlas más efectivas y eficientes.

Entre las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la prevención de la violencia se encuentra el estudio de factores económicos, sociales y ambientales contextuales, ya que existen evidencias de que las tasas de violencia son más elevadas en los países en los que sus políticas de protección social son débiles y en los que existen grandes desigualdades en los ingresos económicos^{154,155,156} y que éstas aumentan cuando el conjunto de la sociedad atraviesa por periodos de cambio social y político^{157,158}, los cuales exacerban las desigualdades sociales e intensifican la competencia por los recursos. Aunque existen importantes trabajos que han puesto de manifiesto la relación entre la crisis económica de principios del siglo XXI y su impacto en salud en España^{159,160}, estos no han estudiado su relación con la violencia. Conocer cómo los determinantes de la salud afectan a las tasas de violencia interpersonal es capital en la comprensión de la violencia de odio, ya que muchas de las poblaciones más afectadas por este tipo de violencia son, a la vez, las más afectadas por la desigualdad social y el estrés de minorías¹⁶¹. Estos y otros factores, además de los ya mencionados, pueden tener un impacto no despreciable también en la violencia de odio. Por ejemplo, la situación socioeconómica de una sociedad ha sido descrita como un importante determinante en las tasas de violencia que soporta, por lo que puede que tenga también una relación con el posible aumento de los incidentes de odio en España. Diversos informes han apuntado que la crisis económica y financiera y su impacto en el aumento del desempleo y en la disminución de la financiación de los servicios sociales, especialmente de la sanidad, ha podido conducir a un aumento del rechazo a la población extranjera que vive en nuestro país^{78,79,80}. Es sabido que la población migrante es victimizada con frecuencia en los países de acogida¹⁶². De hecho, algunos estudios muestran que los traumatismos y lesiones son la segunda causa de hospitalización en personas inmigrantes, llegando a ser la primera causa en varones¹⁶³ y existen marcadas diferencias entre las agresiones atendidas en función de la nacionalidad de la víctima¹¹⁸. Esto nos conduce a la necesidad de realizar estudios que pongan luz sobre los determinantes sociales que están interviniendo en la casuística de los incidentes y la violencia de odio en España y que actualmente permanecen en la sombra.

Asimismo, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud de España reconoce que *“en el actual contexto socioeconómico, con las tensiones a las que está sometida la sociedad y el propio sistema sociosanitario, se hace imperativo un giro hacia la promoción y la prevención, que proporcionará un doble beneficio: aumentar el bienestar y la cohesión social y trabajar en la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo”*¹⁶⁴. En este enfoque, es posible abordar la prevención de la violencia de odio y las diferentes caras de la discriminación desde el ámbito de la salud, prevenir las causas y factores implicados, así como minimizar sus consecuencias y empoderar a las poblaciones clave para favorecer su autocuidado¹⁶⁵.

CONCLUSIONES

Conclusiones

1. La inclusión del sector salud dentro de una respuesta integral ante la violencia de odio es fundamental para mejorar la detección y el registro de casos, así como para prestar una atención específica y de calidad a las víctimas.
2. Los sistemas de información sanitaria actuales, tales como el Conjunto Mínimo Básico de Datos, no están preparados para medir la magnitud ni caracterizar los casos de violencia de odio en España.
3. Las víctimas de violencia de odio pueden beneficiarse de la implementación de un protocolo de atención específico que forme parte de la práctica clínica habitual.
4. La incorporación sistemática de un cuestionario *ad hoc* permite la detección de los casos de violencia de odio, así como recoger de manera efectiva datos específicos sobre las agresiones atendidas en los servicios de salud.
5. El perfil de las víctimas de violencia de odio difiere del de otros tipos de violencia.
6. El 61% de las víctimas de violencia de odio son hombres, adultos jóvenes y con un nivel de estudios medio-alto en la mitad de los casos. Las motivaciones más frecuentes son el aspecto físico, la nacionalidad y el origen étnico. La lesión más común es la contusión y las localizaciones más frecuentes son la cabeza y el cuello. El 8% de las víctimas requiere ingreso hospitalario.
7. La mitad de las agresiones se producen en la calle y dos de cada tres fueron perpetradas por más de una persona, en su mayoría hombres, muy jóvenes, y en general desconocidos por la víctima.
8. La inmensa mayoría de las víctimas de violencia de odio expresan la intención de denunciar estas agresiones

Recomendaciones

1. Incluir al sector de la salud en la respuesta intersectorial a la violencia de odio.
2. Mejorar la capacidad de los sistemas de información en salud para recopilar datos sobre la violencia de odio, identificar y evaluar los sistemas de información, trazar un perfil del problema y modificarlos en función de sus resultados.
3. Implementar protocolos específicos de atención a las víctimas de violencia de odio en los servicios de urgencias y de atención primaria para reforzar y mejorar la calidad de la atención prestada.
4. Incorporar la vigilancia de la violencia de odio para conocer con mayor exactitud la magnitud real y las características de este problema de salud y mejorar la calidad de la atención a las víctimas de la violencia de odio.
5. Aumentar la investigación de las causas, consecuencias y posibilidades de prevención de la violencia de odio, que permita desarrollar un programa de investigación a nivel nacional, asegurar el acceso a información clave, difundir resultados e integrar la investigación sobre violencia de odio en los ámbitos universitarios y de posgrado, reforzando la financiación al respecto.
6. Fomentar la prevención primaria de la violencia de odio, para lo cual se debe cartografiar los programas existentes, apoyar y evaluar programas experimentales y difundir experiencias específicas.
7. La prevención de la violencia de odio pasa, irrefutablemente, por fomentar la igualdad y la equidad entre las personas, atendiendo a la diversidad sexual y social y la inclusión de la perspectiva de género en todas las políticas.
8. Elaborar un plan estratégico nacional que incluya todos los tipos de violencia, incluida la violencia de odio, que cuente con todos los agentes clave para la prevención de la violencia interpersonal en España.

BIBLIOGRAFÍA

-
1. Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos. Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa. Varsovia. Página web. Disponible en: <https://hatecrime.osce.org/> (consultado el 21/04/2022).
 2. Previendo y respondiendo a los delitos de odio: una guía de recursos para ONG en la región OSCE. Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos. Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa. Varsovia, 2009.
 3. Lannert, Brittany K. Traumatogenic Processes and Pathways to Mental Health Outcomes for Sexual Minorities Exposed to Bias Crime Information. *Trauma, Violence & Abuse* 16, no. 3 (2015): 291–98. <https://www.jstor.org/stable/26638360>.
 4. Abuelaish I, Arya N. Hatred-a public health issue. *Med Confl Surviv.* 2017 Jun;33(2):125-130. Epub 2017 May 28. PMID: 28553721.
 5. Centro por la Justicia y el Derecho Internacional. Diagnóstico sobre los crímenes de odio motivados por la orientación sexual e identidad de género: Costa Rica, Honduras y Nicaragua. Pág: 16-17. ISBN: 978-9968-9623-6-0.
 6. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 281, de 24/11/1995. BOE-A-1995-25444
 7. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE» núm. 77, de 31 de marzo de 2015. BOE-A-2015-3439
 8. Delitos de odio. Guía Práctica para la Abogacía. Fundación Abogacía Española. Madrid, 2018.
 9. Levin J, Mcdevitt J. *Hate Crimes: the Rising Tide Of Bigotry And Bloodshed*. 1st ed. Westview Press; 2001.
 10. B. Stewart, M. Lieberman, W. R. Celester, J. C. Carter, D. G. Pierce, H. Johnson, L. Cooke, W. Nelson. *Hate Crimes: Understanding and Addressing the Problem*. *Police Chief*. 1994 Oct; Volume:61:14–50.
 11. Montgomery, AL: Southern Poverty Law Center. *Klan watch Report: Special Year-End*. 1995.
 12. McDonald AT. *The Turner Diaries*. 2nd ed. New York: Barricade Books; 1996.
 13. Rowan CT. *The Coming Race War in America: A Wake Up Call*. 1st ed. Little, Brown and Company; 1996.
 14. McLaughlin K, Brilliant K, Lang C. *National bias crimes training : for law enforcement and victim assistance professionals: a guide for training instructors*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime; 1997.
 15. Dees M, Bowden E. Taking hate groups to the court. *Trial*. 195AD;31:20–9.

-
16. F.I. Clarke. Hate Violence in the United States. FBI Law Enforcement Bulletin. 1991;60:14–7.
 17. Jacobs JB. Rethinking the war against hate crimes: A New York city perspective. Criminal Justice Ethics. 1992;11(2):55–61.
 18. Decisión 4/03 del Consejo de Ministros de la OSCE nº4/03, Mastrich, 2 de diciembre de 2003 y consolidación en la Decisión del Consejo de Ministros Nº12/04, “Tolerancia y No Discriminación, Sofía, 7 de diciembre de 2004”.
 19. Informe sobre Racismo y Xenofobia en los Estados Miembro de la UE. Fundamental Rights Agency; 2007.
 20. Cuarto Informe sobre España adoptado el 7/12/2010 y publicado el 8/02/2011.
 21. Observación 16 del Informe 2004 para España del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de Naciones Unidas y reunión de expertos del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Viena 9 y 10 de febrero de 2011.
 22. Lee Meredith LC. Developing hate crime questions for the National Crime Victimization Survey. Washington D.C.: Bureau of the Census; p. 1036–41. Disponible en: http://www.amstat.org/sections/srms/proceedings/papers/1999_181.pdf
 23. Uniform Crime Reports. FBI. [consultado 05/04/2022]. Disponible en: <http://www.fbi.gov/about-us/cjis/ucr/ucr>
 24. AHCC | Alberta Hate Crimes Committee Disponible en: <https://sites.google.com/albertahatecrimes.org/ahcc>
 25. Hate Crimes in Scotland. Easy-read online questionnaire. The Scotland Government. 2004.
 26. Combating Hate Crimes in the OSCE Region. Overview of Statistics, Legislation and National Interventions. Office of Democratic Institutions and Human Rights. Warsaw. Organization for Security and Cooperation in Europe. 2005. Disponible en: <http://www.osce.org/odihr/16405?download=true>.
 27. Hate Crimes in the OSCE Region. Incidents and Responses: Annual Report for 2010. Warsaw: Office for Democratic Institutions and Human Rights; 2011. Disponible en: http://tandis.odihr.pl/hcr2010/pdf/Hate_Crime_Report_full_version.pdf
 28. Hate Crime Data 2020. Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa, Varsovia, 2021.
 29. Preventing and responding to hate crimes. A resource guide for NGOs in the OSCE región. Office for Democratic Institutions and Human Rights. Warsaw, 2009. OSCE.
 30. Formación de coaliciones para la tolerancia y la no discriminación una guía práctica. Oficina de Instituciones Democráticas y Derechos Humanos (OIDDH) de la OSCE. Varsovia, 2019. ISBN 978-83-66089-67-9.

-
31. Informe sobre incidentes relacionados con delitos de odio en España. 2015. Gabinete de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior. Madrid, 2016.
 32. Cristina Güerri Fernández. La especialización de la fiscalía en materia de delitos de odio y discriminación. InDret, enero, 2015. España. Disponible en: <http://www.indret.com/pdf/1097.pdf>
 33. Procedimiento de hechos delictivos motivados por el odio o la discriminación. Relacions Institucionals i participació. Dirección General de la policía. Departament d'Interior. Generalitat de Catalunya. 2010. Disponible en <http://gestionpolicialdiversidad.org/PDFdocumentos/ProcedimientoDelitosMossos.pdf>
 34. Instrucción nº 16/2014 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.
 35. Manual Práctico para la Investigación y Enjuiciamiento de los Delitos de Odio. M.A. Aguilar, V. Gómez, M. Marquina, M. de Rosa, J.M. Tamarit. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Noviembre, 2015.
 36. Cómo actuar ante casos de discriminación y delitos de odio e intolerancia: Guía práctica. CIDALIA Consultora en Diversidad S.L.L., I. Sola Barleycorn, P. López Pietsch, R. Maseda García, I. Carabaño. Subdirección General para la Igualdad de Trato y la No Discriminación. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Madrid, 2013.
 37. Formación para la identificación y registro de incidentes racistas (FIRIR). Página web: <http://fra.europa.eu/en/promising-practices/training-identify-and-record-racist-incidents-project-firir>
 38. Manual de apoyo para la formación de cuerpos y fuerzas de seguridad en la identificación y registro de incidentes racistas o xenófobos. C. Antón, C. Quesada, M. A. Aguilar, F. Sánchez. Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia. 2013. Madrid.
 - 39 Delitos de odio. Guía práctica para la abogacía. Fundación Abogacía Española. Madrid, 2018. Disponible en: <https://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2018/12/GUIA-DELITOS-DE-ODIO.pdf>
 40. Plan de Acción de Lucha contra los Delitos de Odio. Gabinete de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior. Madrid. 2019.
 41. Materiales didácticos contra la discriminación y el delito de odio. Movimiento Contra la Intolerancia. Madrid. Accesible en: <http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/entrevistas/entrevistas.asp>
 42. Algunas Pautas. Muchos retos. RAIS FUNDACIÓN. Madrid, 2015.

-
43. Consejo Víctimas Discriminación y Delitos de Odio. Disponible en:
http://www.accem.es/ficheros/documentos/pdf_noticias/2014_pdf/Consejo%20V%C3%ADctimas%20de%20Delitos%20de%20Odio.pdf
44. Redes contra el odio. FELGTB. Madrid, 2015.
<http://www.plataformaong.org/conferencia/wp-content/uploads/2014/11/dossierRCOFINAL.pdf>
45. Plataforma por la Gestión Policial de la Diversidad. Página web. Disponible en
http://www.gestionpolicialdiversidad.org/documentos_general.html
46. Crímenes de odio. Memoria de 25 años de olvido. Página web:
<http://crimenesdeodio.info/>
47. E. Ibarra. Informe RAXEN Especial 2008. Movimiento Contra la Intolerancia. Madrid. 2008. Disponible en:
<http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/raxen/raxen.asp>
48. Red de Centros de Asistencia a víctimas de discriminación por origen racial o étnico. Memoria Anual de Resultados de 2011. Dirección General para la Igualdad de Oportunidades. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2012.
49. Report in Anti-semitism in Spain in 2012. Observatory on Anti-Semitism in Spain, Madrid, 2013.
50. Report in Anti-semitism in Spain in 2013 and 2014. Observatory on Anti-Semitism in Spain, Madrid, 2015.
51. J/2010: Incidencias e Islamofobia. Unión de Comunidades Islámicas en España; 2010.
52. Lola Martín Romero. Sondeo COGAM SOS-Homofobia 2008. Colectivo de Gais y Lesbianas de Madrid. Madrid, 2009. Disponible en:
<http://www.cogam.es/en/sections/stop-homophobia/documents/i/429153/492/resultados-del-sondeo-de-sos-homofobia-2008>
53. L'Estat de la Homofobia 2014. E. Rodríguez, J. Pujol, D. Urra. Observatori Contra l'Homofobia. Barcelona, 2015.
54. L'Estat de l'Homofobia a Catalunya 2015. E. Rodríguez, E. Longares, G. Parpal, V. Hierro, M. Navarro, L. Serra, J. Pujol. Observatori Contra l'Homofobia. Barcelona, 2016.
55. Observatorio Madrileño de la homofobia, bifobia y transfobia. Arcópoli. Madrid 2016. Disponible en: <http://contraelodio.org/>
56. Los delitos de odio contra las personas sin hogar. Informe de investigación. RAIS Fundación. Madrid, 2015. http://hatento.org/wp-content/uploads/2015/06/informe-resultados-digital_DEF.pdf
57. Hate Crime Data: Spain. Hate Crime Reporting. Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos. Organización para la Seguridad y Cooperación

en Europa. Varsovia. Disponible en: <https://hatecrime.osce.org/spain> (consultado el 21/04/2022).

58. Ibarra. Informe RAXEN Especial 2008. Movimiento Contra la Intolerancia. Madrid. 2008. Disponible en:

<http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/raxen/raxen.asp>

59. Hate Crime Reporting. Participating States. Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos. Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa. Varsovia. Disponible en: <https://hatecrime.osce.org/hate-crime-data> (Consultado el 21/04/2022).

60. Fiscalía Provincial de Barcelona Servicio de Delitos de Odio y Discriminación. Memoria 2010.

61. C. Gil-Borrelli, M.D. Martín-Ríos, M.A. Rodríguez-Arenas. Proposed action for the detection and care of victims of hate violence for health professionals. *Med Clin (Barc)*. 2018;150(4);155-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.017>

62. Hate Crime Resource Manual: Hate Crime in Massachusetts Annual Report October 1994. Massachusetts: Governor's Task Force on Hate Crimes; 1994.

63. Barnes A, Ephross PH. The impact of hate violence on victims: Emotional and behavioral responses to attacks. *Social Work*. 1994;39(3):247–51.

64. Hate Crimes Today: An Age-Old Foe In Modern Dress. American Psychological Association. Washington DC, 1998.

65. Ardley J. Hate crimes: A brief review. *The International Journal of Sociology and Social Policy*. 2005; 25:54-66.

66. 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. doi: 10.1177/0146167218802835.

67. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. 2003;129: 674-697.

68. McLaughlin KA, Brilliant K, Lang C. National bias crimes training. US Department of Justice. Washington DC, 1995.

69. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*. 2006;34:888-901.

70. M. Inzlicht, L. McKay, J. Aronson. Stigma as ego depletion: how being the target of prejudice affects self-control. *Psychol Sci*, 17 (2006), pp. 262–269

71. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit* 2003;17(Supl 3):2-8.

72. Los perfiles de la discriminación en España. Análisis de la encuesta CIS-3000 Percepción de la discriminación en España. Miguel Laparra, Nerea Zugasti, Lucía

-
- Martínez Virto, Paola Damonti, Javier Arza, Rubén Lasheras, Patricia Azcona, Izaskun Andueza, Ángel García. Subdirección General para la Igualdad de Trato y la no Discriminación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
73. Cea D'Ancona MA, S.Vallés M. Informe sobre la Evolución del Racismo y la Xenofobia (2009) [Internet]. Observatorio Español de Racismo y Xenofobia; 2010 p. 394. Disponible en: <http://www.oberaxe.es/files/datos/4b26574eb2f66/Informe2009.pdf>
74. Cea D'Ancona MA, S.Vallés M. Informe sobre la Evolución del Racismo y la Xenofobia (2010) [Internet]. Observatorio Español de Racismo y Xenofobia; 2011 p. 390. Disponible en: <http://www.oberaxe.es/files/datos/4e20230088dc8/INFORME%20RACISMO%202010.pdf>
75. Evolución del racismo y la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia en España: informe 2013. M.A. Cea D'Ancona , Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Madrid 2014.
76. Krug E.G., Mercy J.A., Dahlberg L.L., Zwi A.B. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica* 2002;22:327-36. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.
77. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia, 1999 (documento inédito WHO/HSC/ VIP/99.11).
78. World Health Organization. Global Health Observatory data. (Consultado el 22/3/2022.) Disponible en: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/
79. World Health Organization. Violence Prevention - Estimated rates of homicide per 100.000 population. Ginebra: WHO; 2019. (Consultado el 22/3/2022.) Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimates-of-rates-of-homicides-per-100-000-population>
http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/violence_prevention/homicides/atlas.html
80. Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2006. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43439>
81. Global Status Report on Violence Prevention 2014. World Health Organization 2014. Ginebra. ISBN 978-92-4-156479-3
82. AEBI, F. Marcelo y A. Linde. El misterioso caso de la desaparición de las estadísticas policiales españolas. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* (en línea). 2010, núm. 12-07, p. 07:1- 07:30)
83. Butchart, A, Mikton, C. Global status report on violence prevention, 2014. Technical Report. World Health Organization, Geneve, 2014.

-
84. Latasa P, Rodríguez MA, Gil-Borrelli CC et al. Investigación sobre la violencia interpersonal y sus tipos en España. *Gac Sanit.* 2016;30 (Espec Congr):255-6.
85. Long SJ, Fone D, Gartner A, Bellis MA. Demographic and socioeconomic inequalities in the risk of emergency hospital admission for violence: cross-sectional analysis of a national database in Wales. *BMJ Open* 2016;6:e011169. doi:10.1136/bmjopen-2016-011169.
86. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015.
87. Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>
88. Prevención de lesiones y violencia. Guía para los Ministerios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 2007.
89. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2002.
90. M. T. Sarrión Ferre, C. Aracil Monllor, R. Molina Gasset, M. Gisbert Grifo, N. Marin Rueda, A. Barea Montoro. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones emitidos por un servicio hospitalario de urgencias. *Emergencias*, Vol. 7, Núm. 5, Septiembre-October, 1995.
91. Portal Estadístico SNS: Explotación del registro de altas CMBD del Sistema Nacional de Salud. Notas metodológicas y glosario de términos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008. (Consultado el 10/02/18.) Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd/informes/notasMetodologicas.htm>
92. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud: Metodología de Análisis de la Hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD) documento base. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
93. Consejería de Sanidad. Informe Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2014. Comunidad de Madrid; 2014; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588809240&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1161769238915
94. C. Gil-Borrelli, M. D. Martín-Ríos, M.A. Rodríguez-Arenas. Principales desafíos en la prevención de la violencia de odio en España. *Gac Sanit.* 2016;30(Espec Congr):258.
95. Rodríguez-Arenas MA, Martín-Ríos MD, Gil-Borrelli CC. Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. *Public health interventions against hate violence.* *Gac Sanit.* 2018;32:114–116.

-
96. Gómez A, Rodríguez E. ¿Qué información obtenemos de los partes por lesión? SEMERGEN 2002;28:297-301.
97. Quigg Z, McGee C, Bellis MA et al. Violence-related ambulance call-outs in the North West of England: a cross-sectional analysis of nature, extend and relationships to temporal, celebratory and sporting events. *Emerg Med J* 2017;34:364-9.
98. Guía de buenas prácticas para la denuncia de delitos de odio. Ministerio del Interior. Madrid, 2020.
99. Protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para los delitos de odio y conductas que vulneran las normas legales sobre discriminación. Ministerio del Interior. Madrid, 2020.
100. L. García-Minguito, J. de DiosDe Dios, M.S. Rodríguez. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gac Sanit* vol.26 no.3 Barcelona may./jun. 2012.
101. C. Iniesta, S. Alejandre, L. Dani, L. López-Corcuera, M.D. Martín-Ríos, M.A. Rodríguez-Arenas, C. Gil-Borrelli. ¿Son adecuados los partes de lesiones actuales para la identificación de violencia de odio y otros tipos de violencia en los servicios de Urgencias? *Gac Sanit.* 2016;30(Espec Congr):256.
102. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, U.S.A. 2001
103. Visibilizar los delitos de odio. ¡Haciendo frente a los hechos! Directrices para la vigilancia de delitos e incidentes motivados por el odio. CEJI - Contribución Judía para una Europa Inclusiva. Éterville, Francia; 2012.
104. A Guide to Fighting Hate Crimes. Community Security Trust. London; 2012.
105. Masucci M, Langton L. Hate Crime Victimization, 2004-2015. Bureau of Justice Statistics. U.S. Department of Justice. 2017.[consultado el 06/02/2019]. Disponible en: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/hcv0415.pdf>.
106. 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 Dec;19:512-527.
107. Molina CE. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investig Fem*. 2013;3:203-22.
108. Understanding gender, intersectionality and hate crime. ODIHR, Varsovia, 2019. Accesible en: <https://hatecrime.osce.org/infocus/odihrs-impact-2019-understanding-gender-intersectionality-and-hate-crime> (Consultado el 18/02/2022)
109. Portal Estadístico de Criminalidad. Delitos de Odio. Ministerio del Interior. Accesible en:

<https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/portal/datos.html?type=pcaxis&path=/Datos6/&file=pcaxis>

110. 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. doi: 10.1177/0886260518818428.

111. Perfil de las personas condenadas por delitos de odio a prisión y a penas y medidas alternativas a la prisión. Meritxell Pérez Ramírez, Andrea Giménez-Salinas, Raquel C. Méndez Lorenzo Ana Suárez, Martínez Sandra Chiclana de la Fuente. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2021.

112. *Masculinities, Violence and Culture*. Suzanne E. Hatty. Sage publications, London, 2000.

113. Sandra P. Thomas. The Continuing Challenge of Hatred and Hate Crime, *Issues in Mental Health Nursing*, 42:7, 617-618, 2021. DOI: 10.1080/01612840.2021.1943960

114. Staub, E. The origins and evolution of hate, with notes on prevention. In R. J. Sternberg (Ed.), *The psychology of hate* (pp. 51–66), 2005. American Psychological Association.

115. Sun, K. The legal definition of hate crime and the hate offender's distorted cognitions. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 597–604, 2006.
<https://doi.org/10.1080/01612840600642877>

116. 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; 125:134–138.

117. 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.

118. Samanes Ara E, Morellón Labarta M, Egidio Martínez T et al. Estudio comparativo de las agresiones a españoles y a extranjeros atendidas en un servicio de urgencias. *Emerg* 2011;23:266-270.

119. 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.

120. Serra Salamé C. Rhetoric of Exclusion and Racist Violence in a Catalan Secondary School. *Anthropology & Education Quarterly*. 2008;35:433-50.

121. Strizzi J, Fernández-Agis 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-

122. European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Fundamental Rights Agency. Viena, 2013.

123. *A Long Way to for LGBT Equality*. Fundamental Rights Agency. Viena, 2020.

124. *Delitos de odio. Informe 2019*. FELGTB, Madrid.

-
125. Hate Crime: a guide for those affected. True Vision, owned by the The National Police Chiefs' Council.
126. Rapport Homophobie 2019. SOS Homophobie. Mayo 2019, París.
127. Informe de Incidentes de Odio por LGTBfobia en la Comunidad de Madrid 2019. Observatorio Contra la Homofobia, transfobia y bifobia. Arcópoli. Madrid, 2020.
128. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, et al. Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med.* 2015;30:9–16.
129. Gil-Borrelli CC et al. Hacia una salud con orgullo: equidad en salud en las personas gais, lesbianas, bisexuales y trans. *Gac Sanit* 2017;31(3):175–177.
130. Horner J, Roberts NJ. Time to recognise sexual orientation as a social determinant of health. *Med J Aust.* 2014;200:137.
131. Gasch-Gallén À, et al. Inclusión de la orientación afectivo-sexual y de las identidades de género como determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit.* 2017. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.008>
- 132 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta a las personas sin hogar. Año 2012. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1834&capsel=1869> (consultado el 21/04/2022).
133. Informe especial 2017. Observatorio Andalusí. Unión de las Comunidades Islámicas de España. 2018.
134. Informe Anual Islamofobia en España 2017. Plataforma Ciudadana contra la Islamofobia. Valencia. Febrero 2018.
135. Resumen de los incidentes de odio contra la población musulmana en 2020. Asociación Musulmana por los Derechos Humanos. Accesible en: <https://amderechoshumanos.org/resumen-de-incidentes-contra-la-poblacion-musulmana-en-2020/> (consultado el 17/02/2022).
136. Informe sobre el Antisemitismo en España durante los años 2015 y 2016. Observatorio del Antisemitismo en España. Madrid, 2017.
137. Discriminación y comunidad gitana 2021. Informe anual FSG. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2021.
138. Gover, A.R., Harper, S.B. & Langton, L. Anti-Asian Hate Crime During the COVID-19 Pandemic: Exploring the Reproduction of Inequality. *Am J Crim Just* 45, 647–667 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09545-1>
139. Tessler H, Choi M, Kao G. The Anxiety of Being Asian American: Hate Crimes and Negative Biases During the COVID-19 Pandemic. *Am J Crim Justice.* 2020;45(4):636-646. doi:10.1007/s12103-020-09541-5
140. Zhang Y, Zhang L, Benton F. Hate Crimes against Asian Americans. *Am J Crim Justice.* 2021 Jan 7:1-21. doi: 10.1007/s12103-020-09602-9.

-
141. Miró Ò, González-Duque A, Cinesi C et al. Artículos publicados en Emergencias entre 2000 y 2004: participación de los urgenciólogos y comparación con su aportación en las revistas indexadas. *Emergencias* 2008; 20:308-315.
142. Miró Ò, Sesma J, Burillo-Putze G. La investigación en medicina de urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*, 2010; 33(Suppl 1): 215-227.
143. C.C. Gil-Borrelli, M.D. Martín-Ríos, E. Valenti, M.A. Rodríguez-Arenas. Percepciones de los profesionales de salud sobre el abordaje sanitario de la violencia de odio. *Gac Sanit.* 2019;33 Supl Congr:6-125.
144. Fernández de Castro P, Hipólito Ruiz N, Díaz Herráiz E. Health Staff Perceptions of Hate Violence in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 16;18(14):7591. doi: 10.3390/ijerph18147591.
145. EuroSafe: The role of public health in injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2007. (Consultado el 10/02/2018.) Disponible en: http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Policy%20briefing%201%20public%20health_0.pdf
146. Chakraborti N, Garland J, Hardy S. The Leicester Hate Crime Project: Findings and Conclusions. University of Leicester. Leicester, 2014.
147. M.A. Rodríguez-Arenas, M.D. Martín-Ríos, E. Valent , C.C. Gil-Borrelli. Percepciones de las víctimas de violencia de odio sobre sus necesidades en salud de odio sobre sus necesidades en salud. XXXVII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XIV Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, pág. 56
148. Hutson HR, Anglin D, Stratton G, Moore J. Hate crime violence and its emergency department management. *Ann Emerg Med*. 1997 Jun;29(6):786–91.
149. A. Capa, O. Bañón, M.A. Rodríguez-Arenas, M.D. Martín-Ríos, C. Iniesta, C. Gil-Borrelli. Guía de recursos sociosanitarios para el apoyo a supervivientes de violencia de odio. *Gac Sanit.* 2016;30(Espec Congr):257-8.
150. Ayuntamiento de Madrid. Guía de Recursos Sociales de Madrid. 2015. Disponible en: http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/ServSocialesYAtencionDependencia/ContGenericos/guia_recursos_interactivo_web.pdf
151. Cárdaba M, Candel M. Recursos sociales. Hospital Virgen de la Torre. Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=9+RECURSOS+SOCIALES.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalVirgenTorre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352854219605&ssbinary=true>
152. Guía de recursos para la mujer. Asociación Lakoma Madrid. 2014.
153. Guía de recursos para personas sin hogar. Fundación San Martín de Porres. 2005.

-
154. Messner SF. Research on cultural and socioeconomic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511–525. 55.
155. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1999.
156. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a crossnational analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182–196.
157. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257–277.
158. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florencia, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
159. I. Cortès-Franch, B. González López-Valcárcel. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28(S1):1–6.
160. H. Legido-Quigley, E. Urdaneta, A. González et al. Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet*, 382 (2013), p. 1977
161. Dentato, Michael P. "The minority stress perspective." *Psychology and AIDS Exchange Newsletter* 3 (2012).
162. Achotegui J, Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*. 2008; 7: 1-29.
163. Salazar, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Alemla F, Borrás RI, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002) *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 77:713-23).
164. *Estrategia Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud*, Consejo Interterritorial de Salud, 2013.
165. *Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del informe mundial sobre violencia y salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006.

ANEXOS

ANEXO I. Artículos.

ANEXO II. Cuestionario de identificación de casos de violencia
de odio.

Original

La violencia interpersonal en España a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos



Christian Carlo Gil-Borrelli^{a,b,*}, Pello Latasa Zamalloa^{b,c}, María Dolores Martín Ríos^{b,d} y M. Ángeles Rodríguez Arenas^{a,b}

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

^b Grupo de Investigación SIVIVO, España

^c Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

^d Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de diciembre de 2017

Aceptado el 13 de febrero de 2018

On-line el 1 de junio de 2018

Palabras clave:

Violencia

Epidemiología descriptiva

Encuestas de alta de hospitales nacionales

Sistemas de información

Keywords:

Violence

Epidemiology

descriptive

National hospital discharge survey

Information systems

RESUMEN

Objetivo: Describir la epidemiología de la violencia interpersonal en España.

Método: Estudio descriptivo de los casos de pacientes con diagnóstico secundario de agresión registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias, entre 1999 y 2011, utilizando los códigos E960 a E969 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Se describe la distribución por sexo, edad y tipo de alta y de atención requerida, morbilidad asociada, mortalidad y comunidad autónoma. Se estudia la calidad del registro en función de su variación temporal.

Resultados: El perfil de agresión en hombres (85%) es el de un paciente de entre 15 y 44 años, que en un 93,7% de los casos precisa atención urgente y cuya gravedad es moderada (95% alta a domicilio). El 2,5% de los pacientes reingresa, y se produce la muerte en el 1,1% de las ocasiones. El perfil en las mujeres (15%) difiere ligeramente: edad comprendida entre 31 y 52 años, el 94% requiere atención urgente (si bien el 96% tiene una gravedad moderada), el 3% reingresa y en el 1,7% de las ocasiones la paciente muere.

Conclusiones: Aunque necesitan ser mejorados para evitar ciertas limitaciones, los sistemas de información sanitaria constituyen una riquísima fuente de datos que pueden ser utilizados para la investigación en salud y, a través de sus resultados, para el desarrollo de planes de prevención e intervención sociosanitaria en temas de violencia.

© 2018 SEESPAS. 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/>).

Interpersonal violence in Spain through national hospital discharge survey

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiology of interpersonal violence in Spain.

Method: Descriptive study of the cases of patients with secondary diagnosis of aggression registered on a national hospital discharge database, between 1999 and 2011, using the codes from E960 to E969 of the ICD-9. The distribution by sex, age and type of discharge, associated morbidity, mortality and by autonomous community is described. The quality of the record is studied according to its temporal variation.

Results: The case profile of aggression in men (85%) is of a patient between 15 and 44 years old, who in 93.7% of cases requires urgent care and whose severity is moderate (95% discharge home). Two point five percent of patients are readmitted and death occurs in 1.1%. The profile in women (15%) differs slightly, with an age between 31 and 52 years, 94% require urgent attention, although 96% have moderate severity; 3% are readmitted and 1.7% die.

Conclusions: Although they need to be improved to avoid certain limitations, health information systems are a rich source of data that can be used for research in health and, through their results, for the development of prevention plans and intervention in matters of violence.

© 2018 SEESPAS. 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

La violencia ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública en todo el mundo, y ha apuntado a la importancia del sector salud como un elemento clave en su abordaje. Todos los tipos de violencia tienen un elevado coste debido a su impacto en la salud de las personas y

* Autor para correspondencia.

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

en el sistema sanitario, así como los daños que produce, tanto sociales como económicos. Además, la violencia constituye un fenómeno prevenible, por lo que gran parte de los esfuerzos de la sociedad, incluido el sector salud, tienen que ir dirigidos a atajar sus causas y así evitar sus consecuencias¹.

El Informe mundial sobre la violencia y la salud¹ define la violencia interpersonal (VINT) como aquella infligida por otra persona o grupo pequeño de personas. Según el lugar donde se produzca, se diferencia entre violencia familiar, que abarca el maltrato infantil, la violencia contra la pareja y el maltrato de mayores en el hogar, y la violencia comunitaria, que incluye la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de personas extrañas, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de mayores. La VINT fue, en 2015, en todo el mundo, la segunda causa de muerte en hombres de 15 a 29 años y la octava en mujeres del mismo grupo de edad².

Según la OMS, la tasa mundial de mortalidad por homicidios es de 6,7 por cada 100.000 habitantes, mientras que en España es de 0,8³. A pesar de ello, este indicador representa solo la punta del iceberg, ya que por cada muerte existen muchas víctimas de violencia que requieren atención sanitaria y sociosanitaria, cuyas secuelas físicas o psicológicas pueden producirse y mantenerse a medio y largo plazo¹. A pesar del reconocido impacto que la violencia tiene en la salud de las personas que la sufren de forma directa, así como en sus familiares y comunidades, la evidencia disponible en España sobre esta materia es escasa y se concentra en unos pocos tipos de violencia, como la violencia de género y el maltrato infantil⁴. Esto nos ha permitido entender fenómenos concretos de la VINT, pero sin abarcarla de una manera integral. Por otro lado, en España no existen sistemas de vigilancia epidemiológica que aborden la VINT en su conjunto, por lo que hay una gran carencia de conocimientos sobre este tema de salud pública. Los sistemas de información sanitaria, como los registros de mortalidad o morbilidad, pueden suponer una estupenda oportunidad para recabar datos que arrojen luz al campo de estudio de la VINT y su impacto en la salud⁵.

El objetivo de este trabajo es describir la epidemiología de la VINT en España a fin de mejorar el conocimiento sobre este problema de salud pública.

Método

Fuente de la información

Los datos analizados en este estudio proceden del Registro de Altas Hospitalarias, también conocido como Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). El CMBD recoge información relativa a las características de las personas atendidas y variables referidas al episodio de hospitalización⁶, y emplea la modificación clínica de la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) para clasificar los diagnósticos y los procedimientos. Estos registros son completados por los servicios de atención sanitaria especializada y gestionados por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad⁷.

Ámbito y periodo de estudio

Para la realización del estudio se emplearon los datos procedentes de todas las comunidades autónomas de España (incluidas las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), en el periodo comprendido entre los años 1999 y 2011.

Criterios de selección

Se seleccionaron las altas con códigos CIE-9-MC⁸ relacionados con episodios de violencia en cualquiera de sus campos diagnósticos, siguiendo las recomendaciones de la OMS¹:

- E960: Pelea, reyerta, violación.
- E961: Agresión por sustancia corrosiva o cáustica, salvo envenenamiento.
- E962: Agresión por envenenamiento.
- E963: Agresión por ahorcamiento y estrangulación.
- E964: Agresión por sumersión.
- E965: Agresión por armas de fuego y explosivos.
- E966: Agresión por instrumento cortante y punzante.
- E967: Persona que comete malos tratos a niño o adulto.
- E968: Agresión por otros medios y por medios no especificados.
- E969: Efectos tardíos de lesión infligida de forma intencionada por otra persona.

Análisis de los datos

Para todas las altas correspondientes a los códigos seleccionados se calcularon las frecuencias relativas de las características de los episodios de hospitalización: necesidad de atención urgente, reingreso, fallecimiento, servicio donde ingresa, motivo del ingreso con códigos CIE sin especificaciones, morbilidad en cualquier campo diagnóstico y por causas externas con códigos CIE, y lugar de la agresión, todo ello desagregado por sexo.

Se elaboraron las pirámides demográficas por sexo y por grupos decenales de edad de los ingresos y fallecimientos por VINT. También se estudiaron la evolución temporal y la distribución geográfica de este tipo de violencia calculando la tasa de altas por 100.000 habitantes en cada comunidad autónoma.

Finalmente se estudiaron el número de altas y la tasa de hospitalización por año del estudio y por comunidad autónoma. Aquellas comunidades autónomas con notificaciones menores que las esperadas se consideraron como no estables. Para establecer el criterio de esperados, dada la variabilidad de la estructura de población y de las dinámicas sociales de cada una de las comunidades autónomas, se emplearon los datos provistos por la propia comunidad. Se consideró una variabilidad muy elevada, y por tanto una notificación no estable, cuando la comunidad autónoma notificó en alguno de los años del estudio una tasa de hospitalización menor del 50% del máximo de su serie.

El procesamiento de los datos y los gráficos se llevaron a cabo con el programa Microsoft ExcelTM.

Resultados

Características de las altas

Durante el periodo de estudio se registraron 38.099 altas con códigos de VINT, mucho más frecuentes en hombres y en edades jóvenes (fig. 1). El perfil de caso de agresión en hombres (85%) es el de un paciente de entre 15 y 44 años, que precisa atención urgente (93,7%) y cuya gravedad es moderada (95% alta a domicilio). El 2,5% de los pacientes reingresa y se produce la muerte en el 1,1%. El perfil en las mujeres (15%) difiere ligeramente, con una edad comprendida entre 31 y 52 años, el 94% requiere atención urgente (si bien el 96% tiene una gravedad moderada), el 3% reingresa y en el 1,7% de las ocasiones la paciente muere (tabla 1).

El número de fallecimientos por agresiones es mayor en los hombres que en las mujeres para todos los grupos de edad, siendo la cuarta década de la vida en la que se acumula el número más alto

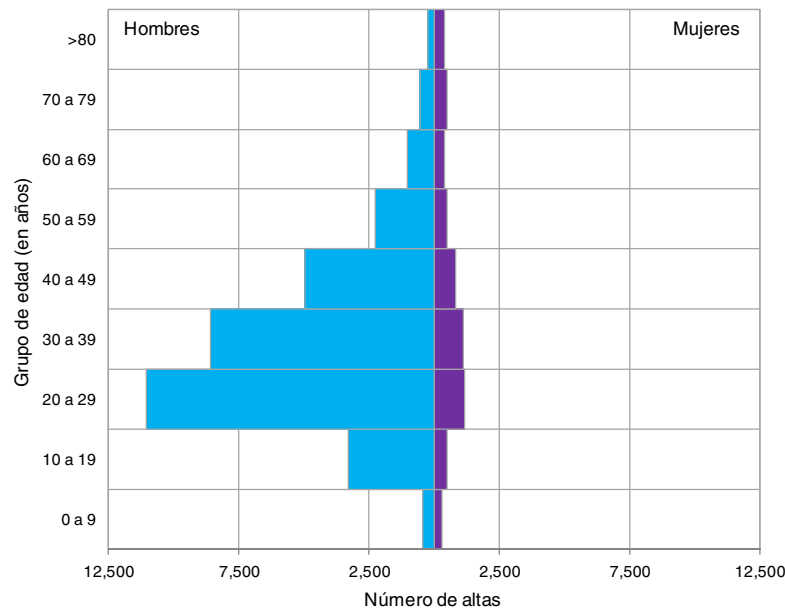


Figura 1. Distribución de las altas por sexo y edad en pacientes que ingresan por violencia interpersonal. Conjunto Mínimo Básico de Datos. España, años 1999 a 2011.

Tabla 1

Características relacionadas con el ingreso y el tipo de agresión en población que ingresa por violencia interpersonal. Conjunto Mínimo Básico de Datos. España, años 1999 a 2011

	Hombres	Mujeres
<i>Episodios (n)</i>	32.411	5688
<i>Diagnósticos [media (DE)]</i>	4,13 (2,29)	4,82 (2,72)
<i>Gravedad del ingreso</i>		
Ingreso urgente (%)	93,7	94,2
Reingreso (%)	2,5	3,0
Fallecimiento (%)	1,1	1,7
<i>Servicio de ingreso (%)</i>		
Cirugía maxilofacial	13,9	5,3
Traumatología	10,7	15,2
Cirugía digestiva	6,3	3,7
Neurocirugía	5,0	3,4
Cirugía plástica	3,4	2,7
Otros	15,5	22,8
Desconocido	45,1	46,9
<i>Motivo de ingreso (código CIE) (%)</i>		
Fractura de huesos faciales (802)	26,6	11,6
Neumotórax y hemotórax traumáticos (860)	6,2	3,1
Herida abierta de localización no especificada (879)	3,9	1,9
Fractura de base de cráneo (801)	3,0	1,9
Conmoción cerebral (850)	2,9	3,9
Otros	57,4	77,6
Desconocido	0,0	0,0
<i>Lugar de la agresión (código CIE) (%)</i>		
Calle y vía pública (E849.5)	1,6	2,0
Hogar (E849.0)	0,4	1,8
Institución residencial (E849.7)	0,3	0,5
Otros sitios especificados (E849.8)	0,3	0,3
Edificio público (E849.6)	0,3	0,2
Otros	0,2	0,1
Desconocido	96,9	95,1
<i>Morbilidad en cualquier campo diagnóstico (código CIE) (%)</i>		
Fractura de huesos faciales (802)	40,5	19,1
Abuso de drogas, sin dependencia (305)	18,2	9,1
Otra herida abierta de cabeza (873)	11,5	10,7
Neumotórax y hemotórax traumáticos (860)	9,0	5,1
Dependencia de drogas (304)	8,4	5,0
<i>Morbilidad por causas externas (código CIE) (%)</i>		
Agresión por otros medios y por medios no especificados (E968)	38,0	42,2
Pelea, reyerta, violación (E960)	29,3	26,0
Agresión por instrumento cortante y punzante (E966)	27,6	15,6
Agresión por armas de fuego y explosivos (E965)	2,3	2,0
Persona que comete malos tratos a niño o adulto (E967)	1,6	14,2

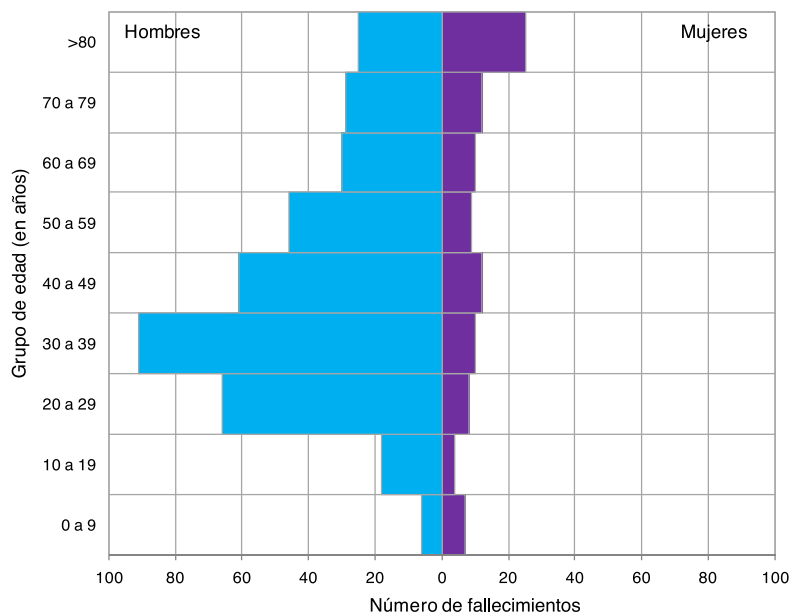


Figura 2. Distribución de los fallecimientos intrahospitalarios en pacientes que ingresan por violencia interpersonal, según sexo y edad. Conjunto Mínimo Básico de Datos, España, años 1999 a 2011.

de muertes (fig. 2). Sin embargo, el porcentaje de mortalidad por agresión es mayor en las mujeres (tabla 1).

Características de los ingresos

El servicio en el que más mujeres ingresan es el de traumatología, y los motivos de ingreso más frecuentes son la fractura de huesos faciales y la conmoción cerebral. El servicio de ingreso más frecuente para los hombres es el de cirugía maxilofacial, y los principales motivos de ingreso son la fractura de huesos faciales y el neumotórax. Respecto a la morbilidad asociada, es relevante en las mujeres el código de otras heridas en la cabeza, mientras que en los hombres destacan los códigos relacionados con el consumo de drogas. Las agresiones por instrumento cortante y punzante son más frecuentes entre los hombres, mientras que las personas objeto de malos tratos (E967) son con mayor frecuencia mujeres (14% frente al 2% de los hombres). El resto de los códigos de VINT se distribuyen de manera similar en ambos sexos. Las causas externas más frecuentes, tanto en hombres como en mujeres, son las agresiones por «otros medios». La mayoría de las agresiones registradas ocurren en la calle o vía pública, aunque en las mujeres también destacan las agresiones ocurridas en el hogar (tabla 1, solo se muestran las categorías más frecuentes de cada variable).

Distribución geográfica

La distribución de la violencia varía según el lugar y el sexo. Las mayores tasas de hospitalización se dan en Ceuta, Melilla y Madrid en hombres, y en Melilla, Ceuta y las Islas Baleares en mujeres. Las comunidades con menores tasas son Canarias, Comunidad Valenciana y Extremadura, tanto en hombres como en mujeres (fig. 3). La razón de sexo varía entre 2 hombres por mujer en Melilla y 5,2 hombres por mujer en Euskadi.

Distribución temporal de la VINT y calidad de los datos

Los episodios registrados pasaron de 2679 hospitalizaciones en 1999 a 3761 en 2011, suponiendo un incremento medio anual del 5,1% en los ingresos por año (tabla 2). La tendencia muestra un valle de infraregistro entre los años 2003 y 2007 en las comunidades

autónomas con registros no estables, y un aumento paulatino en aquellas con registro estable (tabla 2).

Doce comunidades autónomas presentaron al menos un año con un registro no estable. La tendencia de las comunidades con registros estables muestra un incremento en las altas por VINT del 4,4% en los ingresos por año, mientras que la tendencia de aquellas con registros no estables muestra incrementos del 15,4% en los ingresos por año (tabla 2).

Discusión

Este estudio utiliza el CMBD para describir la casuística de episodios relacionados con la VINT en España.

Nuestros datos muestran una mayor concentración de los episodios de agresión en hombres entre los 20 y 40 años, en consonancia con otros estudios nacionales e internacionales sobre VINT en su conjunto⁹⁻¹⁵. Esto puede tener su explicación en la forma en que la masculinidad hegemónica construye la identidad de niños y jóvenes, según diversos autores^{16,17}, favoreciendo valores tales como la dureza, la agresividad, el excesivo riesgo y la supresión de emociones, impeliéndoles a ver la violencia como un importante instrumento de construcción de su identidad, a lo que se añade otra conducta relacionada muy frecuentemente con la violencia y que también empieza a hacerse presente en edades tempranas y casi por las mismas razones: el consumo (abusivo) de alcohol¹⁸. Por otra parte, hay que tener en cuenta que, al estudiar este tipo de violencia como un todo, la violencia contra las mujeres queda enmascarada y solo se ve claramente reflejada en algunos epígrafes de la CIE-9, como el E967 referido a personas que han sufrido malos tratos, mucho más frecuentes en las mujeres (14,2%) que en los hombres (1,6%), como muestra nuestro trabajo.

Más de un 5% de las altas por VINT corresponden a niñas de 0 a 9 años (frente a algo más del 1% en niños de esa edad), porcentaje que sube hasta el 14% y el 11,5% para niñas y niños, respectivamente, cuando hablamos de menores de 20 años. Esto nos habla, en gran parte, de violencia doméstica tanto en niñas como en niños, así como de violencia de pareja/expareja y de violencia sexual en las niñas y adolescentes. La macroencuesta sobre violencia contra la mujer de 2015 señala que casi dos tercios de los hijos e hijas de las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o

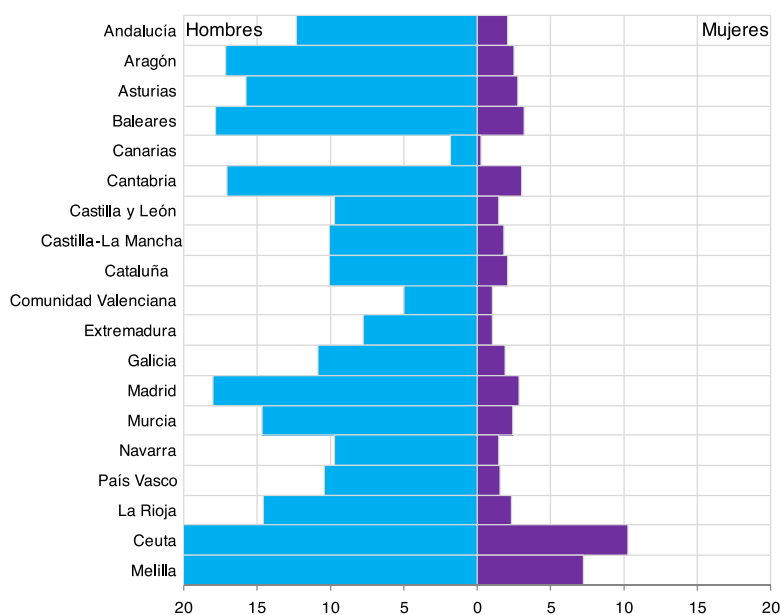


Figura 3. Tasas de altas (por 100.000) por violencia interpersonal, según comunidad autónoma y sexo. Conjunto Mínimo Básico de Datos. España, años 1999 a 2011.

Tabla 2

Casos y tasas de hospitalización por año del alta, umbral y estabilidad de la notificación según el Conjunto Mínimo Básico de Datos en el periodo de 1999 a 2011. España

	Año del alta ^a													Umbral	Estable
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
AN 577	10	772	713	703	710	4	1	737	870	783	687	721	5	No	
(7,9)	(0,14)	(10,45)	(9,64)	(9,24)	(9,24)	(0,05)	(0,01)	(9,14)	(10,61)	(9,43)	(8,21)	(8,57)			
AR 43	115	119	126	122	143	155	131	144	151	141	123	100	6	No	
(3,62)	(9,66)	(9,92)	(10,35)	(9,92)	(11,44)	(12,21)	(10,25)	(11,11)	(11,38)	(10,48)	(9,13)	(7,43)			
AS 84	93	91	118	70	81	68	102	101	108	114	107	122	5	Sí	
(7,75)	(8,64)	(8,46)	(10,99)	(6,51)	(7,54)	(6,32)	(9,47)	(9,4)	(10)	(10,5)	(9,87)	(11,28)			
IB 65	84	90	96	85	97	114	123	107	114	110	107	148	6	Sí	
(7,91)	(9,93)	(10,24)	(10,47)	(8,97)	(10,16)	(11,6)	(12,29)	(10,38)	(10,63)	(10,04)	(9,67)	(13,3)			
CN 42	5	2	3	1	1	0	55	4	3	1	0	146	3	No	
(2,51)	(0,29)	(0,11)	(0,16)	(0,05)	(0,05)	(0)	(2,76)	(0,2)	(0,14)	(0,05)	(0)	(6,86)			
CB 50	66	63	76	57	52	60	47	59	56	47	54	33	7	No	
(9,46)	(12,43)	(11,72)	(14,02)	(10,37)	(9,37)	(10,67)	(8,27)	(10,3)	(9,62)	(7,98)	(9,12)	(5,56)			
CL 96	126	149	160	180	154	183	171	197	191	193	0	12	3	No	
(3,86)	(5,08)	(6,01)	(6,45)	(7,24)	(6,18)	(7,29)	(6,78)	(7,79)	(7,47)	(7,53)	(0)	(0,47)			
CM 79	67	86	93	55	102	109	147	171	175	156	131	115	4	No	
(4,58)	(3,86)	(4,9)	(5,22)	(3,03)	(5,52)	(5,75)	(7,61)	(8,65)	(8,57)	(7,5)	(6,24)	(5,44)			
CT 531	702	666	629	4	4	0	0	0	709	715	755	719	5	No	
(8,55)	(11,21)	(10,47)	(9,67)	(0,06)	(0,06)	(0)	(0)	(0)	(9,64)	(9,56)	(10,05)	(9,54)			
VC 338	367	511	1	3	3	1	0	35	24	25	22	471	6	No	
(8,31)	(8,93)	(12,16)	(0,02)	(0,07)	(0,07)	(0,02)	(0)	(0,72)	(0,48)	(0,49)	(0,43)	(9,2)			
EX 41	35	51	37	45	55	60	35	55	55	52	40	57	2	Sí	
(3,82)	(3,27)	(4,75)	(3,45)	(4,19)	(5,11)	(5,54)	(3,22)	(5,05)	(5,01)	(4,72)	(3,61)	(5,14)			
GA 149	156	163	152	174	167	203	191	170	173	173	165	193	3	Sí	
(5,46)	(5,71)	(5,96)	(5,55)	(6,32)	(6,07)	(7,35)	(6,9)	(6,13)	(6,21)	(6,19)	(5,9)	(6,9)			
MD 389	560	618	676	625	638	591	610	613	620	627	607	595	6	Sí	
(7,56)	(10,76)	(11,5)	(12,23)	(10,93)	(10,99)	(9,91)	(10,15)	(10,08)	(9,89)	(9,82)	(9,4)	(9,17)			
MC 41	60	86	115	117	115	139	161	132	133	140	108	125	5	No	
(3,62)	(5,22)	(7,22)	(9,37)	(9,22)	(8,88)	(10,41)	(11,75)	(9,48)	(9,33)	(9,68)	(7,39)	(8,5)			
NC 20	21	0	46	13	13	60	59	64	54	63	15	4	5	No	
(3,72)	(3,86)	(0)	(8,08)	(2,25)	(2,22)	(10,11)	(9,8)	(10,56)	(8,7)	(9,99)	(2,36)	(0,62)			
PV 5	98	118	125	99	138	124	140	144	168	168	139	161	3	No	
(0,24)	(4,67)	(5,62)	(5,93)	(4,69)	(6,52)	(5,84)	(6,56)	(6,72)	(7,79)	(7,73)	(6,38)	(7,37)			
RI 14	25	24	28	24	30	34	25	16	18	27	34	27	5	Sí	
(5,28)	(9,46)	(8,88)	(9,94)	(8,35)	(10,22)	(11,29)	(8,16)	(5,18)	(5,67)	(8,39)	(10,55)	(8,36)			
CE 95	54	44	32	33	34	21	19	21	22	20	1	0	64	No	
(128,89)	(71,77)	(58,13)	(42,02)	(44,04)	(45,54)	(27,9)	(25,05)	(27,41)	(28,43)	(25,42)	(1,24)	(0)			
ML 20	19	25	26	30	29	16	9	7	5	12	5	11	21	No	
(35,13)	(30,18)	(36,34)	(37,58)	(43,82)	(42,64)	(24,43)	(13,46)	(10,08)	(7)	(16,34)	(6,58)	(14,02)			

AN: Andalucía; AR: Aragón; AS: Asturias; IB: Islas Baleares; CN: Islas Canarias; CB: Cantabria; CL: Castilla y León; CM: Castilla-La Mancha; CT: Cataluña; VC: Comunidad Valenciana; EX: Extremadura; GA: Galicia; MD: Comunidad de Madrid; MC: Región Murcia; NC: Navarra; PV: País Vasco; RI: La Rioja; CE: Ceuta; ML: Melilla.

^a Datos proporcionados en número de casos (tasas por 100.000).

expareja fueron testigos de la misma, y en dos tercios de las ocasiones también sufrieron violencia directamente. Además, fuera del ámbito de la pareja, un 6,4% de las mujeres residentes en España han sufrido violencia física alguna vez antes de los 15 años, y un 3,5% han sufrido violencia sexual antes de esa edad¹⁹. La importancia de poner especial énfasis en la prevención de la violencia en menores radica en el enorme impacto negativo que esta experiencia supone para sus vidas, tanto en la posibilidad de que rompan su ciclo de formación, y esto les lleve a una pérdida de oportunidades para alcanzar mejores metas en su vida, como en la posibilidad de que esta experiencia aumente su probabilidad de repetición de conductas violentas en la adolescencia y la vida adulta^{20,23}.

La mayoría de las agresiones registradas en el CMBD se han producido en lugares públicos, algo que también se ha descrito en otros estudios^{9,21,22}. En muchas ocasiones, las agresiones se producen en áreas donde se concentran locales de ocio nocturno y en zonas urbanas deprimidas, y suelen ser más frecuentes durante los fines de semana y en días festivos²³, algo que la naturaleza de nuestro estudio no permite describir. Sin embargo, en el caso de las mujeres, el porcentaje de episodios de agresión que ocurren en el hogar es muy significativo. Muchos estudios hablan de que aproximadamente un 20% de los episodios de violencia atendidos se ha producido en el ambiente doméstico, algo que es muy mayoritario en el caso de las mujeres^{9,15,22} y que nos habla, como ya hemos mencionado, de casos de violencia de pareja o expareja y de violencia doméstica, es decir, violencia ejercida por personas conocidas de las mujeres, al contrario que las agresiones mayoritarias en los hombres, que suceden en lugares públicos y son llevadas a cabo por personas habitualmente desconocidas^{15,22}.

En cuanto a las características de las lesiones que hemos encontrado, en su mayoría son lesiones en la cabeza, sobre todo fracturas de huesos faciales, que se tratan en los servicios de cirugía maxilofacial y de traumatología. En general, aunque requieren atención urgente, estas lesiones no suelen mostrar una gran gravedad y estas personas son dadas de alta y enviadas a casa en su inmensa mayoría, algo que no difiere en la literatura consultada^{9,14,15,22}. Algunos autores indican porcentajes del 10-30% de casos con heridas en los miembros superiores^{14,15}, sobre todo en las mujeres⁹, que podrían achacarse a un intento de defenderse de la agresión.

Entre nuestros casos, un 2,5% de los hombres y un 3% de las mujeres requirieron reingreso, porcentajes algo menores que los encontrados en otros estudios, como el de Núñez et al.⁹ en Canarias, con un 5%, o el de Clément et al.¹⁴ en Suiza, con un 12%. Este último apunta que, si bien en los últimos años no han aumentado los casos de violencia que llegan a los servicios de urgencias en ese país, sí ha aumentado su gravedad, algo que otros estudios achacan a la utilización de objetos punzantes/cortantes e incluso de armas de fuego^{13,21,22}.

Nuestros datos muestran que el 1,1% de los hombres y el 1,7% de las mujeres tuvieron un alta por fallecimiento, algo que no hemos podido contrastar con otros estudios, tal vez en relación con las diferentes fuentes de datos utilizadas, ya que mientras nosotros disponemos de un sistema de información que nos hace un resumen del recorrido completo de la persona agredida hasta que sale del hospital, la mayoría de los estudios consultados se basan en la información de servicios de urgencias hospitalarios, en los que es probable que los casos más graves o complicados sean derivados a servicios de especialidades donde puede suceder la muerte.

En los 13 años estudiados se han observado incrementos leves en el número de altas anuales registradas por violencia en España, algo que contrasta con un estudio realizado en Suiza con datos de los servicios de urgencias¹⁴, que encuentra una estabilización en las cifras de atención, así como con los datos de un estudio sobre tendencias en violencia en Inglaterra y Gales¹³, que encuentra un claro descenso en las tasas de atención en los servicios de urgencias por esta causa, algo que choca de alguna forma con la idea general

de que estamos asistiendo a un aumento importante de la VINT. No obstante, debemos tener en cuenta que los casos de lesiones por agresión que llegan a los hospitales son solo la punta del iceberg de los casos de violencia, ya que por cada persona que ingresa en un hospital a causa de la violencia, muchas más acuden a sus centros de salud o no buscan ayuda profesional²⁴.

El análisis de los datos por comunidades autónomas nos ha mostrado grandes diferencias entre unas y otras en el registro de esta información, lo que obligó a diferenciar entre aquellas con registros «estables» y las que tenían registros «no estables», si bien la mayoría (12) mostraban al menos un registro anual no estable, por lo que los datos deben ser tomados con cautela. Se necesita mejorar la sensibilización y la formación del grupo de profesionales sanitarios que atienden a estas personas sobre la importancia de reflejar determinadas informaciones en las historias y juicios clínicos, así como mejorar los instrumentos de registro y estandarizar la manera de codificar esta información, para poder contar con registros estables y comparables en todo el territorio del Estado y con otros países. Esto ayudaría a mejorar el conocimiento sobre la violencia, sus consecuencias y sus causas, a fin de establecer estrategias de atención y prevención eficaces. Asimismo, nuevos estudios sobre la validez de estos datos^{25–27}, o que profundizaran más en algunos de los códigos, podrían aportar mayor luz a este fenómeno en España.

Este estudio tiene varias limitaciones derivadas del uso del CMBD. Por un lado, la calidad de los datos depende de la calidad y la exhaustividad del informe médico del alta y del proceso de codificación de las variables²⁸. A ello se suma que los códigos de violencia, al pertenecer al capítulo de causas externas, son siempre códigos secundarios, nunca principales, por lo que cabría la posibilidad de que no siempre sean registrados. Esto explicaría parte de la gran variabilidad encontrada tanto entre comunidades autónomas como dentro de ellas (en algunas hasta de un 90%). Debido a estas variaciones en la tendencia y la distribución geográfica, el registro de las altas hospitalarias debería mejorarse para garantizar la estabilidad y la fiabilidad exigidas para la vigilancia epidemiológica de la VINT. Sin embargo, se ha podido comprobar que las distribuciones por sexo y edad de las altas son muy similares entre las comunidades autónomas, tanto en los registros estables como en los no estables. A pesar de esta validez interna, debido a los importantes sesgos de esta base de datos se decidió no aplicar pruebas de significación estadística, por no tener garantías de que la población de estudio se encuentre suficientemente representada. Además, los registros de CMBD aportan una información que coincide con numerosos estudios al considerar factores asociados a la violencia la edad joven, el sexo masculino y el consumo de drogas.

La variabilidad en los datos puede resultar amplia en comparación con otras fuentes, como los informes de criminalidad del Ministerio del Interior en el periodo 2000-2010²⁹. Según este, las tasas de criminalidad, excluyendo los delitos de tráfico, sufrieron una variación de 51,5 a 43,9 por 10.000 habitantes en una serie de 10 años equivalente a la que se estudia en esta investigación. Tal variación equivaldría aproximadamente a una modificación del 10% en la tasa máxima registrada en la serie del ministerio. Aplicar un criterio así de estricto en los datos del CMBD habría supuesto que ninguna comunidad autónoma realizó una notificación estable en la serie. Debido a las diferencias entre el sistema judicial y el sistema sanitario, en este estudio se ha permitido una variabilidad mayor, de un 50%. Se puede considerar que esta perspectiva aplicada al CMBD resulta novedosa, puesto que realiza una aproximación desde una perspectiva de vigilancia epidemiológica, prestando una especial atención a la estabilidad de la notificación y a la validez externa de los datos. No obstante, estos registros presentan otros sesgos, como la infradenuncia, ya que debido a situaciones como el miedo a represalias, la vergüenza o la naturalización de la violencia, las víctimas pueden no denunciar los hechos. Del mismo modo, un número indeterminado de pacientes puede pasar por alto, o incluso

negar, en el momento del ingreso haber sufrido agresiones, por lo que una anamnesis completa resulta clave para tipificar la violencia; sin embargo, no siempre se pregunta o no se registra la causa de las agresiones³⁰.

El registro y el envío de datos para el CMBD es de obligada cumplimentación tanto en el ámbito privado como en el público, pero no se incluyen los hospitales psiquiátricos ni los hospitales de larga estancia⁷, centros que pueden atender a víctimas de violencia. No obstante, la cobertura sanitaria pública durante el periodo de estudio pasó del 98% al 99%³¹, por lo que puede considerarse suficientemente amplia.

Por todo ello, a pesar de las limitaciones, la representatividad del registro CMBD resulta adecuada para estudiar los perfiles de las personas que sufren VINT.

En todo el mundo, gran parte de la carga que supone la VINT recae sobre el sector salud, en cuyas manos se ponen la atención y el tratamiento de los daños que esta ocasiona. Además, sus funciones se han visto reforzadas por el reconocimiento de la violencia como problema de salud pública, que puede prevenirse combatiendo las causas que lo producen. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones de la OMS, España carece de un plan de prevención de la VINT³², lo que dificulta llevar a cabo las acciones que este problema de salud necesita. Las directrices de la OMS para la prevención de la VINT recomiendan tratarla en su conjunto, utilizar un modelo ecológico para ayudar a comprender sus causas, consecuencias y espacios de intervención, abordar la prevención de la violencia como una singularidad distinta de la prevención de la delincuencia, y promover un enfoque de salud pública para el desarrollo de actividades multisectoriales³³.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los registros nacionales de altas hospitalarias son valiosas fuentes de información en el estudio de diversos problemas de salud. Su análisis puede ayudar a la mejora del conocimiento de la violencia interpersonal, que es un problema de salud pública en todo el mundo.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Este trabajo es el primer análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos con códigos de violencia interpersonal en España. Sus resultados sacan a la luz características socio-demográficas y clínicas de las víctimas de esta violencia. La calidad de los registros tiene áreas de mejora que deben ser atendidas.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

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.

Contribuciones de autoría

C.C. Gil-Borrelli ha elaborado el diseño y la introducción. P. Latasa Zamalloa y M.D. Martín Ríos han realizado el análisis y los resultados. M.A. Rodríguez Arenas y C.C. Gil-Borrelli han elaborado la discusión. Todo el manuscrito ha sido discutido y finalmente aprobado por sus autores/as.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*. 2002;22:327–36.
- World Health Organization. Global Health Observatory data. (Consultado el 10/7/2017.) Disponible en: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/.
- World Health Organization. Violence prevention - estimated rates of homicide per 100 000 population. Ginebra: WHO; 2012. (Consultado el 10/02/2018.) Disponible en: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/violence_prevention/homicides/atlas.html
- Latasa P, Rodríguez MA, Gil-Borrelli CC, et al. Investigación sobre la violencia interpersonal y sus tipos en España. *Gac Sanit*. 2016;30(Espec Congr):255–6.
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud. Washington D.C.: OPS; 2007. (Consultado el 10/02/18.) Disponible en: <https://www.google.com/url?q=http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/docs/guiaPrevMinisSalud.pdf&sa=D&ust=1518370101730000&usq=AFQjCNHKnV5u5bsZRHUX8DjxM4uvEvG-AA>
- Portal Estadístico SNS. Explotación del registro de altas CMBD del Sistema Nacional de Salud. Notas metodológicas y glosario de términos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008. (Consultado el 10/02/18.) Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd/informes/notasMetodologicas.htm>
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Metodología de análisis de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD) documento base. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Edición electrónica de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión, Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index.9_mc.html
- Núñez S, García-Martín P, Aguirre-Jaime A. Victims of violence in an emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2000;7:45–9.
- García JL, Fuentes F, Serrat D, et al. Partes de lesiones emitidos durante el período de tres años por el servicio de urgencias de un hospital de referencia. Estudio de su distribución por edad, sexo, destino y etiología. *Emerg*. 1994;4:152–9.
- Gómez A, Rodríguez E. ¿Qué información obtenemos de los partes por lesión? *SEMERGEN*. 2002;28:297–301.
- Samanes E, Morellón M, Martínez-Jarreta B, et al. Estudio comparativo de las agresiones a españoles y a extranjeros atendidas en un servicio de urgencias. *Emerg*. 2011;23:266–70.
- Quigg Z, McGee C, Bellis MA, et al. Violence-related ambulance call-outs in the North West of England: a cross-sectional analysis of nature, extent and relationships to temporal, celebratory and sporting events. *Emerg Med J*. 2017;34:364–9.
- Clément N, Businger A, Exadaktylos AK, 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.
- Burkert NT, Rásky E, Hofer HP, 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.
- Scott-Samuel A. Patriarchy, masculinities and health inequalities. *Gac Sanit*. 2009;23:159–60.
- Sivarajasingam V, Page N, Shepherd J, et al. Trends in violence in England and Wales 2010-2014. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70:616–21.
- Rolfe A, Dalton S, Krishnan M, et al. Alcohol, gender, aggression and violence: findings from the Birmingham Untreated Heavy Drinkers Project. *J Subst Use*. 2006;11:343–58.
- De Miguel V. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/en/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22.Macroencuesta2015.pdf

20. Bellis MA, Hughes K, Perkins C, et al. National five-year examination of inequalities and trends in emergency hospital admission for violence across England. *Inj Prev*. 2011;17:319–25.
21. Gawryszewski VP, Alves MM, de Moraes OL, et al. Violence-related injuries in emergency department in Brazil. *Pan Am J Public Health*. 2008;24:400–8.
22. Ranney ML, Mello MJ. Violence: recognition, management, and prevention. A comparison of female and male adolescent victims of violence seen in the emergency department. *J Emerg Med*. 2011;41:701–6.
23. Bellis MA, Leckenby N, Quigg Z, et al. Nighttime assaults: using a national emergency department monitoring system to predict occurrence, target prevention and plan services. *BMC Public Health*. 2012;12:746.
24. EuroSafe: the role of public health in injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Policy%20briefing%201%20public%20health.0.pdf>
25. Calle JE, Saturno PJ, Parra P, et al. Quality of the information contained in the minimum basic data set: results from an evaluation in eight hospitals. *Eur J Epidemiol*. 2000;16:1073–80.
26. Hernández Medrano I, Guillán M, Masjuán J, et al. Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos en el diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular. *Neurología*. 2017;32:74–80.
27. Fernández-Navarro P, López-Abente G, Salido-Campos C. The Minimum Basic Data Set (MBDS) as a tool for cancer epidemiological surveillance. *Eur J Intern Med*. 2016;34:94–7.
28. Barba R, Losa JE, Guijarro C, et al. Fiabilidad del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:255–7.
29. Gabinete de Estudios de Seguridad Interior: evolución de la criminalidad. Madrid: Ministerio del Interior; 2010.
30. Iniesta C, Rodríguez MA, Gil-Borrelli CC, et al. Detección de tipos de violencia a partir de los partes de lesiones de un servicio de urgencias. *Gac Sanit*. 2016;30(Espec Congr):256.
31. Portal Estadístico del SNS: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
32. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Ginebra: WHO; 2014 (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: http://www.who.int/violence.injury.prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/
33. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2006. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43439>



Artículo especial

Propuesta de actuación para la detección y la atención a víctimas de violencia de odio para profesionales de la salud

Proposed action for the detection and care of victims of hate violence for health professionals

Christian Carlo Gil-Borrelli^{a,*}, M. Dolores Martín-Ríos^b y M. Ángeles Rodríguez-Arenas^a, en representación del Grupo de Investigación SIVIVO[◇]

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

^b Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2017

Aceptado el 12 de junio de 2017

On-line el xxx

Introducción

Violencia y delitos de odio

Según la Organización para la Cooperación y Seguridad en Europa, un delito de odio es un acto criminal cometido con una motivación prejuiciosa. Estos delitos tienen 2 elementos: el primero es que se comete un delito según el derecho penal, y el segundo, es que la persona infractora elige a su víctima por una característica protegida, es decir, un rasgo compartido por un grupo, como «raza», idioma, religión, origen étnico, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género u otro factor común similar. Así, si una persona es agredida por su origen étnico, ya sea real o percibido, se está produciendo un delito de odio¹. Cuando un acto cometido por un motivo de odio no alcanza el umbral de delito, bien porque no esté tipificado como tal, bien porque no se pueda probar, se le denomina «incidente de odio». Estos incidentes pueden preceder, acompañar o proporcionar el contexto para los delitos de odio².

La violencia ha sido reconocida por la OMS como un problema de salud pública en todo el mundo y ha apuntado a la importancia del sector salud como un elemento clave en su abordaje. Todos los

tipos de violencia tienen un elevado coste debido a su impacto en la salud de las personas y en el sistema sanitario, así como a los daños sociales y económicos que producen. Además, la violencia constituye un fenómeno prevenible, por lo que gran parte de los esfuerzos de la sociedad, incluido el sector salud, tienen que ir dirigidos a atacar sus causas y así evitar sus consecuencias³. Desde el ámbito de la salud es preferible utilizar una terminología más cercana al sector, con la que el personal sanitario esté familiarizado y para cuyo abordaje existan herramientas y marcos conceptuales validados, proponiéndose el concepto de *violencia de odio* (VO) como aquella consecuencia de incidentes y delitos de odio con un impacto negativo sobre la salud física o mental de las personas agredidas, bien a corto o a largo plazo⁴.

El impacto en salud de la violencia

La VO tiene un importante impacto en el estado de salud de las víctimas y sus familias⁵⁻⁷:

- *Daño físico* que puede ser más grave que en otros tipos de violencia debido al frecuente uso de armas de todo tipo y la presencia de más de un agresor.
- Graves *secuelas psicológicas y emocionales* debido a que la víctima es seleccionada sobre la base de una característica identitaria inmutable, como el color de su piel o su orientación sexual. Estas secuelas pueden darse a corto, medio y largo plazo: terror, rabia o ira; miedo por su persona o por sus familiares, pérdida de la autoestima, sentimientos de impotencia e indefensión, profunda

* Autor para correspondencia.

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

◇ Los componentes del Grupo de Investigación SIVIVO están relacionados en el Anexo 1.

susplicacia frente al prójimo, depresión, síndrome de estrés post-traumático.

- **Cambios conductuales:** mudarse a otro barrio, aumentar la seguridad de sus hogares, evitar lugares que anteriormente frecuentaba en su vida social, sentimiento de venganza y búsqueda de represalias, negación de la causa del incidente.
- **Efectos comunitarios:** ya que la agresión está motivada por el rechazo hacia una característica de la víctima, la VO puede extender sus efectos a todas las personas que comparten esa característica, pudiéndoles provocar angustia, miedo, aislamiento, sentimiento de vulnerabilidad e impotencia y causando gran malestar e inseguridad en su comunidad. La VO puede conducir a una pérdida del sentimiento de unión y de confianza entre los miembros de la sociedad y dañar su cohesión social.

Situación de los delitos de odio en España

Desde principios del siglo XXI, multitud de organismos internacionales han manifestado su compromiso frente a los delitos de odio⁸. Las primeras estadísticas oficiales sobre incidentes de odio en España publicadas por la Oficina de Instituciones Democráticas y Derechos Humanos datan de 2009, siendo a partir de 2013 cuando el Ministerio del Interior comienza a realizar informes específicos, registrando más de 1.000 incidentes al año⁹. En los últimos años, España ha hecho grandes progresos en la identificación de los incidentes de odio, entre los que destacan la creación de fiscalías provinciales especializadas en la persecución de los delitos de odio y discriminación¹⁰, la mejora de los sistemas de información para facilitar la colaboración entre cuerpos nacionales y regionales de policía¹¹, la elaboración de protocolos¹² y guías¹³ y formación dirigida a fuerzas de seguridad y otros operadores jurídicos^{14,15}, la elaboración de material para la sensibilización y formación en el ámbito escolar y educativo¹⁶, así como diversos estudios sobre la evolución del racismo y la xenofobia¹⁷ y la discriminación¹⁸. Por todo ello, es probable que el incremento de los delitos de odio reflejados en las estadísticas oficiales guarde más relación con la mejora en su registro que con un aumento en su incidencia. No obstante, se estima que solo se denuncian entre un 10 y un 30% de los casos¹⁹ debido a diferentes factores, entre los que se encuentran la percepción de que no se hace lo suficiente para luchar contra estos delitos, la normalización por parte de las víctimas de cierto grado de violencia, el desconocimiento de la legislación, el miedo a represalias, los sentimientos de vergüenza y negación de los hechos, el miedo a revelar la orientación sexual o la identidad de género, la falta de confianza en las fuerzas de seguridad, las situaciones de sinhogarismo, la indocumentación o la irregularidad en el país (en cuyo caso se suma el temor al arresto, la deportación o a ser registrados en ficheros policiales). Las ONG españolas han desempeñado una importante labor en la visibilización de este tipo de incidentes²⁰, llevando a cabo diferentes proyectos y registros no oficiales²¹⁻²³. Según algunas de estas fuentes, se estima en 4.000 el número de incidentes de odio ocurridos al año en España²⁴ y se atribuyen más de 90 muertes documentadas a esta causa desde 1991.

El papel del sector salud

El sector salud es clave en la respuesta frente a los incidentes y los delitos de odio²⁵. Gracias a su lugar privilegiado, las acciones en salud pueden abarcar desde la atención sociosanitaria a la identificación y el registro de la VO, la vigilancia epidemiológica, la promoción, la prevención y la investigación, entre otras.

Los servicios de salud deben proporcionar una atención de calidad, que permita conocer el origen de la victimización y las necesidades específicas de las víctimas de VO, además de tratar las lesiones físicas o psicológicas. Por su parte, el personal de trabajo social puede valorar el riesgo de las personas supervivientes a

nuevas victimizaciones y remitirlas a recursos sociales. Debido a las consecuencias de la VO, la continuidad de cuidados y el seguimiento desde atención primaria y salud mental resulta fundamental. El sector salud tiene una larga experiencia en la aplicación de criterios diagnósticos para la detección de diferentes problemas de salud, entre los que se encuentran la violencia de género, el abuso infantil o el maltrato hacia personas mayores. Asimismo, posee múltiples sistemas de información que permiten valorar la magnitud del problema y su impacto en salud, como los registros de mortalidad y altas hospitalarias, la historia clínica y los partes de lesiones. Estos últimos son una herramienta clave en la investigación judicial del delito de odio, a la que la colaboración del personal de salud puede aportar información básica en la descripción del incidente.

El objetivo principal de este trabajo es resaltar el papel del sector salud en el afrontamiento de la VO, mejorar el conocimiento y sensibilizar al personal de salud (medicina, enfermería y trabajo social, especialmente de los servicios o unidades de urgencias y centros de atención primaria) sobre la gravedad y las repercusiones de este tipo de violencia y ofrecerle orientaciones y pautas de actuación homogéneas para la detección y el abordaje integral de los casos de VO.

Metodología

El grupo multidisciplinar de investigación de Proyecto SIVIVO –Sistema de Vigilancia de Violencia de Odio–, compuesto por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social de urgencias, especialistas en medicina preventiva y salud pública y personal científico de centros públicos de investigación en salud, puso en marcha, en el año 2014, un protocolo de investigación para detectar casos de VO en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel (Hospital Universitario La Paz, de Madrid), tras el informe favorable de su Comité Ético de Investigación Clínica.

Las pautas de actuación que se presentan han sido discutidas, consensuadas y puestas en práctica por el grupo SIVIVO tras un estudio amplio de la bibliografía sobre el tema y la revisión de protocolos y pautas de actuación sanitaria elaboradas para otros procesos, particularmente de los protocolos de actuación sanitaria para casos de violencia de género.

Pautas de actuación

Atención sanitaria

Se procederá a la atención sanitaria habitual, que incluye una evaluación del estado físico, psicológico y emocional de la víctima, con su correspondiente diagnóstico y tratamiento. Además de la atención médica, los cuidados de enfermería son cruciales, ya que en este momento la víctima puede encontrarse en un estado de especial vulnerabilidad, que puede implicar expresiones de tristeza, ansiedad o agresividad por su parte. Por ello, todo el personal que la atiende, en especial el que mantenga un contacto más directo, debe adoptar una posición empática, tranquilizadora y de apoyo para crear un clima de confianza.

Sospecha y detección de violencia de odio

Existen indicadores que orientan a la sospecha de una agresión por odio y que deben explorarse evitando revictimizar a la persona y cuidando su privacidad:

- La *percepción de la víctima* de que el motivo parcial o total de la agresión haya podido ser una de sus características identitarias se considera el indicador más importante. Esa percepción subjetiva

no implica que finalmente el hecho se califique como un delito de odio, pero obliga a su investigación policial o judicial.

- El uso de *expresiones*, comentarios o insultos proferidos por parte de la persona agresora, especialmente cuando estos son de contenido intolerante, como insultos racistas, xenófobos u homófobos.
- La *imagen* externa de la persona agresora: indumentaria, estética, como ciertos tatuajes, puede ser indicativa de su pertenencia a un grupo que practique la ideología del odio.
- El *lugar y la fecha* en que se produce la agresión. Lugares frecuentados por determinados colectivos que por sus características identitarias están más expuestos a incidentes motivados por el odio (zonas deprimidas de las ciudades, barrios multiculturales, barrios gais, etc.) o fechas relativas a episodios o conmemoraciones de los colectivos vulnerables o de los grupos agresores (Día del Orgullo LGBT, aniversario del nacimiento de Hitler, etc.).

Para valorar la sospecha de VO se propone utilizar un cuestionario específico de detección de casos como el que se presenta en el *Anexo*, diseñado y puesto en marcha por el grupo SIVIVO⁴, que reúne algunas de las motivaciones identificadas, como el sexo, el origen étnico o nacional, la orientación sexual, la identidad de género, la edad, la práctica religiosa, la discapacidad o la ideología.

Valoración del riesgo

Se recomienda valorar la relación de la víctima con la persona o personas agresoras ya que, en ocasiones, estas pueden convivir en el mismo hogar o vecindario, lo que compromete seriamente su seguridad. En estos casos es especialmente relevante valorar con la víctima el dar aviso a la policía para que se tomen las medidas oportunas.

Cumplimentación del parte de lesiones

Dado que ante cualquier agresión el personal médico debe cumplimentar un parte de lesiones, sería conveniente que en él se recogiesen los indicadores anteriormente mencionados, para facilitar la investigación posterior del posible delito. Es fundamental garantizar la calidad de la información contenida en los partes de lesiones^{26,27}.

Consejo previo al alta e indicaciones de seguimiento

Se debe informar a la víctima sobre su derecho a denunciar el incidente y, dadas las consecuencias para la salud que estos episodios pueden conllevar a medio y largo plazo, se recomienda aconsejarle su seguimiento remitiéndola a los recursos sanitarios y sociales de su zona.

Atención social

El personal de trabajo social recomendará y pondrá en contacto a la víctima con los servicios sociales generales u organizaciones especializadas en atención a colectivos expuestos a VO. Para ello, es conveniente disponer de una guía en la que figuren los recursos sociales de referencia del ámbito geográfico del centro sanitario. Además, la unidad de trabajo social deberá contactar con el personal de trabajo social del centro de salud de la víctima, para asegurar la continuidad asistencial²⁸.

Medidas de seguridad previas

Si el personal sanitario está transportando a la víctima y al agresor desde el lugar del incidente al mismo centro sanitario, este debe ser avisado con antelación para que el cuerpo de seguridad del centro y/o la Policía estén presentes. También deben tomarse otras

medidas de seguridad, como atenderles en salas separadas para evitar mayor sufrimiento a la víctima y posibles altercados.

Seguimiento en atención primaria

Muchas víctimas de VO tienen miedo a comunicar estos episodios, experimentan sentimientos de negación o minimizan lo ocurrido, por lo que es importante explicarles los beneficios que supone acudir a su centro de salud para continuar su tratamiento y valorar las medidas de seguimiento o el alta definitiva. Este hecho se vería facilitado si la atención y el juicio clínico recibido en el Servicio de Urgencias quedasen reflejados en la historia clínica digital de la persona agredida.

Seguimiento en salud mental

La continuidad en el tratamiento debería incluir una consulta en los servicios de salud mental para que estos valoren posibles repercusiones y elaboren estrategias para su prevención e intervención terapéutica si fuese necesaria.

Discusión

Desde 2003, la OMS ha señalado que la violencia es un fenómeno prevenible y ha trabajado para que los países implementen un abordaje basado en intervenciones multisectoriales que incluyan el ámbito de la salud²⁹. En este enfoque, es posible abordar la prevención de la VO y las diferentes caras de la discriminación desde el ámbito de la salud, identificar y prevenir las causas y factores implicados, así como minimizar sus consecuencias y empoderar a las poblaciones objetivo para mejorar su autocuidado.

Los sistemas de información sanitaria ofrecen datos de alta calidad que permiten la vigilancia de diferentes situaciones de salud y enfermedad. A través de la recogida de manera sistemática, rigurosa y exhaustiva de datos sobre casos de VO, sería posible una caracterización más precisa del fenómeno, la identificación de grupos más expuestos, la geolocalización de los incidentes, analizar su evolución y realizar hipótesis sobre los espacios de intervención para su prevención.

Las acciones derivadas de estas recomendaciones deberían ser llevadas a cabo por un grupo de trabajo multiprofesional y multidisciplinar, que incluya profesionales de medicina y enfermería de los servicios de urgencias médicas y traumatológicas, así como trabajo social y la unidad de calidad del centro. Es deseable, asimismo, hacer partícipes a profesionales de otros servicios médicos susceptibles de atender casos de violencia, como cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, neurocirugía o ginecología, entre otros. Para garantizar el apoyo institucional es recomendable que este grupo de trabajo cuente, también, con miembros de la comisión de violencia y del equipo directivo del centro.

La aplicación de estas recomendaciones en la práctica clínica puede suponer un desafío para los servicios de salud. Para llevar a cabo intervenciones innovadoras es imprescindible una implicación a todos los niveles. Por ello, es deseable implicar desde el principio no solo al personal sociosanitario, sino conseguir el apoyo institucional tanto a nivel del propio centro como a nivel político, y tanto de las autoridades sanitarias como de otros sectores y líderes comunitarios, para establecer una coordinación adecuada.

Actualmente, el personal de salud dispone de escasos conocimientos sobre VO y, en general, no suele indagarse sobre la causa de la agresión, o no se hace constar en los partes de lesiones, contribuyendo a la infradetección de estos casos y a la respuesta limitada e inadecuada al problema. Para mejorar esta situación es imprescindible elaborar planes de formación y sensibilización sobre VO, sus características, repercusiones en salud y formas de abordarla.

Una formación de calidad y debidamente acreditada es clave para empezar a afrontar la VO con eficacia desde los servicios de salud.

Se aconseja adaptar esta propuesta de recomendaciones según las características propias de cada centro, revisando su compatibilidad con otros protocolos vigentes, como el de violencia de género, maltrato o abuso infantil o contra personas mayores, etc., para buscar sinergias y evitar posibles conflictos.

El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios constituye el primer contacto entre la víctima y el personal sanitario, por lo que su implicación en la atención a la VO del centro es fundamental.

En la toma de decisiones ante una situación de violencia, el personal sanitario debe ser consciente de que entre sus tareas se encuentran ofrecer escucha y apoyo y respetar las decisiones de la víctima. Teniendo en cuenta que cada caso es particular, se debe realizar un análisis y una valoración individual de la situación en que se encuentra cada víctima para llegar a un trato adecuado, personalizado y de calidad. Es importante respetar la autonomía de la persona agredida, así como el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Al mismo tiempo, no se debe olvidar que el personal de salud tiene el deber deontológico de denunciar la sospecha de una situación de violencia, de velar por la vida y el beneficio de la salud de sus pacientes y evitar perjuicios innecesarios.

Conclusiones

Durante los últimos años, los delitos de odio han sido identificados como un problema emergente en España, y sectores como el policial, el judicial y el social han actuado laboriosamente para visibilizar el fenómeno, coordinarse y dar apoyo a las víctimas de este tipo de violencia. La inclusión del sector salud dentro de una respuesta integral ante este fenómeno es fundamental para mejorar la detección y el registro de casos, así como para prestar atención y apoyo a las víctimas y poner en marcha estrategias de prevención de la VO³⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer todo el trabajo realizado en este proyecto a todo el Grupo de Investigación SIVIVO y a la Sociedad Española de Medicina Humanitaria por su apoyo a esta iniciativa.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.017>.

Anexo 1. Componentes del Grupo de Investigación SIVIVO

El Grupo de Investigación SIVIVO está constituido por: M. Ángeles Rodríguez-Arenas, Christian C. Gil-Borrelli, Araceli Capa Sanz, Ana Rico Gómez y Lourdes Guitérrez Trujillo, de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; M. Dolores Martín-Ríos, del Hospital Fundación Jiménez Díaz; Olga Bañón Pedrera, Begoña Reche Martínez, Rosario Torres Santos-Olmo, Eva Muriel Patiño, Marina Noguerol Gutiérrez, Lorena López Corcuera, Lubna Dani Ben-Abdellah, Sergio Alexandre Carmona, Carlos Iniesta Mármol, David Parra Blázquez, Manuel González Viñolis, Ana Gómez, Javier Pérez y Manuel Quintana Díaz, del Hospital Universitario La Paz;

Pello Latasa Zamalloa, del Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Bibliografía

1. Delitos de odio en la región OSCE: incidentes y respuestas. Informe anual para 2012. Varsovia: Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos, Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa; 2013.
2. Previendo y respondiendo a los delitos de odio: una guía de recursos para ONG en la región OSCE. Varsovia: Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos, Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa; 2009.
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomedica*. 2002;22:327-36.
4. Gil-Borrelli CC, Rodríguez-Arenas A, Martín-Ríos MD, Muriel E, Reche B, Torres R, et al. Sistema de Vigilancia de Violencia de Odio (SIVIVO): Cuestionario de detección de agresiones motivadas por odio. *Gac Sanit*. 2014;28(Espec Congr):116-7.
5. Hate crime resource manual: Hate crime in Massachusetts. Annual report October 1994. Massachusetts: Governor's Task Force on Hate Crimes; 1994.
6. Barnes A, Ephross PH. The impact of hate violence on victims: Emotional and behavioral responses to attacks. *Social Work*. 1994;39:247-51.
7. Hate crimes today: An age-old foe in modern dress. Washington, D. C.: American Psychological Association; 1998.
8. Combating hate crimes in the OSCE Region. Overview of statistics, legislation and national interventions. Warsaw: Office of Democratic Institutions and Human Rights, Organization for Security and Cooperation in Europe; 2005.
9. Informe sobre incidentes relacionados con delitos de odio en España. 2015. Madrid: Gabinete de Coordinación y Estudios, Secretaría de Estado de Seguridad, Ministerio del Interior; 2016.
10. Güerri Fernández C. La especialización de la fiscalía en materia de delitos de odio y discriminación. *Indret*. 2015 [consultado 25 May 2017]. Disponible en: <http://www.indret.com/pdf/1097.pdf>
11. Hate crimes in the OSCE region-Incidents and responses: Annual report for 2010 [Internet]. Warsaw: Office for Democratic Institutions and Human Rights; 2011. p. 179 [consultado 25 May 2017]. Disponible en: http://tandis.odihr.pl/hcr2010/pdf/Hate_Crime_Report_full_version.pdf
12. Protocolo de Actuación para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para los Delitos de Odio y Conductas que Vulneran las Normas Legales sobre Discriminación. Boletín Oficial de la Guardia Civil, n.º 1, sección 1, página 51-108, del 07-01-2015.
13. Aguilar MA, Gómez Martín V, Marquina Bertrán M, de Rosa Palacio M, 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.
14. European Union Agency for Fundamental Rights. Formación para la identificación y registro de incidentes racistas (FIRIR) [consultado 25 May 2017]. Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/promising-practices/training-identify-and-record-racist-incidents-project-firir>
15. Antón C, Quesada C, Aguilar MA, Sánchez F. Manual de apoyo para la formación de cuerpos y fuerzas de seguridad en la identificación y registro de incidentes racistas o xenófobos. Madrid: Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia, Secretaría General de Inmigración y Emigración, Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2013.
16. Antón C, Aparicio R, García R, Migallón J. Manual de apoyo para la prevención y detección del racismo, la xenofobia y otras formas de intolerancia en aulas. Madrid: Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia, Secretaría General de Inmigración y Emigración, Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2016.
17. Cea D'Ancona MA. Evolución del racismo y la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia en España: informe 2013. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2014.
18. Laparra M, Zugasti N, Martínez Virto L, Damonti P, Arza J, Lasheras R, et al. Los perfiles de la discriminación en España: análisis de la encuesta CIS-3000. Percepción de la discriminación en España. Madrid: Subdirección General para la Igualdad de Trato y la no Discriminación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
19. Making hate crime visible in the European Union: Acknowledging victims' rights. Viena: Fundamental Rights Agency; 2012.
20. Redes contra el odio. Madrid: FELGTB; 2015 [consultado 25 May 2017]. Disponible en: <http://www.plataformaong.org/conferencia/wp-content/uploads/2014/11/dossierRCOFINAL.pdf>
21. López R, Moreno A, Merchán D, Sánchez JL, Rey D, Franco JP, et al. Informe sobre incidentes de Odio por LGTBfobia en la Comunidad de Madrid 2016. Arcopoli [consultado 25 May 2017]. Disponible en: <http://contraelzic.cluster005.ovh.net/informes/2016/informe.obsmad.2016.pdf>.
22. Hatento. Los delitos de odio contra las personas sin hogar. Informe de investigación. Madrid: RAIS Fundación; 2015 [consultado 25 May 2017]. Disponible en: <http://hatento.org/wp-content/uploads/2015/06/informe-resultados-digital-DEF.pdf>
23. Rodríguez Gimenez E, Longares Hernández E, Parpal G, Hierro V, Navarro M, Serra L, et al. L'Estat de l'Homofobia a Catalunya 2015. Barcelona: Observatori Contra l'Homofòbia; 2016.
24. Informe RAXEN Especial 2008. Madrid: Movimiento contra la Intolerancia; 2008 [consultado 25 May 2017]. Disponible en: <http://www.movimientocontraintolerancia.com/html/raxen/raxen.asp>

25. Hate crime data-collection and monitoring mechanisms. Varsovia: OSCE, Office for Democratic Institutions and Human Rights (ODIHR); 2014.
26. 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.
27. Iniesta Mármol C, Alejandro Carmona S, Dani L, López Corcuera L, Martín Ríos MD, Rodríguez Arenas MA, et al. ¿Son adecuados los partes de lesiones actuales para la identificación de violencia de odio y otros tipos de violencia en los servicios de Urgencias? *Gac Sanit*. 2016;30(Espec Congr):256.
28. Capa Sanz A, Bañón O, Rodríguez-Arenas MA, Martín-Ríos MD, Iniesta Mármol C, Gil-Borrelli CC. Guía de recursos sociosanitarios para el apoyo a supervivientes de violencia de odio. *Gac Sanit*. 2016;30(Espec Congr):257–8.
29. Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del informe mundial sobre violencia y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
30. Gil-Borrelli CC, Martín Ríos MD, Rodríguez Arenas MA. Principales desafíos en la prevención de la violencia de odio en España. *Gac Sanit*. 2016;30(Espec Congr):258.

Original

Elaboración de un cuestionario de detección de casos de violencia de odio en urgencias hospitalarias



Christian Carlo Gil-Borrelli^{a,*}, M. Dolores Martín-Ríos^b, Lorena López Corcuera^c, Begoña Reche Martínez^c, Rosario Torres Santos-Olmo^c, Eva Muriel Patiño^c 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 Medicina Preventiva, Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

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

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2018

Aceptado el 23 de enero de 2019

On-line el 14 de mayo de 2019

Palabras clave:

Violencia
Encuestas y cuestionarios
Diagnóstico

R E S U M E N

Objetivo: En el marco del proyecto SIVIVO se propuso la elaboración de una herramienta que facilitase la detección, el registro y la descripción de casos de violencia de odio y sus consecuencias sobre la salud.

Método: Se utilizó el método Delphi a dos vueltas con personas expertas pertenecientes a los ámbitos clínico-asistencial, salud pública, investigación epidemiológica, académico, administración y organizaciones no gubernamentales para evaluar la pertinencia de diferentes ítems mediante una escala Likert de 1 a 5, y los resultados se presentan como medianas y coeficientes de variación.

Resultados: Las preguntas mejor valoradas, con puntuaciones ≥ 4 , y que componen la versión final del cuestionario, son las relativas a las características sociodemográficas de la víctima, el tipo de lesiones, la descripción del incidente, las motivaciones percibidas por la persona agredida, posibles evidencias de odio, la intención de denunciar y la percepción del personal sanitario del motivo de la agresión. El pilotaje mostró la adecuación de las preguntas finalmente seleccionadas.

Conclusiones: La incorporación sistemática de esta herramienta puede ayudar a conocer la magnitud y las características de la violencia de odio y su repercusión en la salud. Esta información permitiría elaborar estrategias de prevención e intervención dirigidas, especialmente, a los sectores de población más expuestos a este tipo de violencia.

© 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/>).

Preparation of a questionnaire to detect cases of hate violence in emergency rooms

A B S T R A C T

Objective: In the context of the SIVIVO project, the development of a tool to facilitate the detection, recording and description of cases of hate violence and its consequences on health was proposed.

Method: A two-round Delphi method was used with experts from clinical-care, public health, epidemiological, academic, administration and non-governmental organizations to assess the relevance of different items using a Likert scale, presenting the results with medians and coefficients of variation.

Results: The best evaluated questions, with scores equal to or greater than 4, and which make up the final version of the questionnaire are the relative socio-demographic characteristics of the victim, the injuries, description of the incident, the motivations perceived by the aggrieved person, possible evidence of hatred, the intention to denounce and the perception of the health personnel of the motive for the aggression. The piloting showed the adequacy of the questions that were finally selected.

Conclusions: The systematic incorporation of this tool can help us to learn the magnitude and characteristics of hate violence and its impact on health. This information would allow the elaboration of prevention and intervention strategies aimed, specifically, at the sectors of the population most exposed to this type of violence.

© 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/>).

Keywords:

Violence
Surveys and questionnaires
Diagnosis

* Autor para correspondencia.

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

◇ Los integrantes del Grupo de Investigación SIVIVO se detallan en Apéndice, al final de este artículo.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006>

0213-9111/© 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/>).

Introducción

La violencia de odio se define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico atentado por una motivación de rechazo y discriminación hacia una característica —real o supuesta— de la víctima, como su confesión religiosa, origen étnico o nacional, orientación sexual o identidad de género, etc., y que tiene como resultado un impacto negativo sobre la salud física o mental de la persona agredida, a corto o largo plazo¹. La violencia de odio tiene un importante impacto en el estado de salud de las personas que la sufren y en sus familias^{2–4}. Por un lado, provoca lesiones físicas, que pueden ser más graves que en otros tipos de violencia^{5,6}, debido al frecuente uso de armas de todo tipo y la presencia de más de un agresor. A ello se suman las posibles secuelas psicológicas, emocionales y conductuales a medio y largo plazo. Dado que la agresión está motivada por el rechazo hacia una característica de la víctima, la violencia de odio extiende su impacto también a la comunidad, pues puede ocasionar efectos negativos en otras personas que comparten esa característica, provocándoles angustia, miedo, aislamiento, sentimiento de vulnerabilidad e impotencia, y generando gran malestar e inseguridad en toda la comunidad. Como todos los tipos de violencia, la violencia de odio constituye un grave problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos.

El sector salud desempeña un papel fundamental en el abordaje de la violencia⁷. Los servicios de urgencias, en particular, son una pieza clave en la atención precoz de las víctimas de violencia^{8–10}. Sin embargo, la información recogida en dichos servicios no permite la identificación de casos de violencia de odio ni, por tanto, su adecuada asistencia¹¹. No obstante, hasta donde conocemos no existen iniciativas específicas en este ámbito que aborden el tema, a excepción del estudio *Sistema de Vigilancia de Violencia de Odio* (proyecto SIVIVO), que da base al cuestionario de detección que se presenta.

El objetivo de este trabajo fue la elaboración de una herramienta que facilite la detección de casos de violencia de odio en el contexto sanitario y permita la recogida de información útil para caracterizar este fenómeno emergente y escasamente conocido en nuestro país.

Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo para la elaboración de un cuestionario, durante el año 2014, en tres fases: selección de ítems a partir de la literatura existente, grupo experto y pilotaje.

El grupo motor, constituido por tres epidemiólogos (dos mujeres y un hombre), revisó diferentes cuestionarios utilizados en otras intervenciones^{12,13} y otros documentos de referencia con variables de interés^{14–17}, e hizo una selección de 40 preguntas que constituyeron el documento de partida.

Para evaluar la validez de contenido y analizar la pertinencia de las preguntas seleccionadas se empleó el método Delphi, que se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos para, con la ayuda de cuestionarios sucesivos, poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos. El grupo experto estuvo constituido por 11 personas, cuyas características se detallan en la [tabla 1](#). Este método intenta reducir el espacio intercuartílico, es decir, reducir la desviación de la opinión de cada persona participante de la opinión del conjunto, precisando la mediana de las respuestas obtenidas. Se realizaron dos fases, de las cuales la segunda hacía partícipes de la información obtenida a todo el grupo colaborador con la aportación de sus conocimientos y opiniones, y también se proponía reafirmar y validar los resultados obtenidos en la primera fase.

El grupo motor invitó a cada participante del grupo experto a que evaluara, a través de una plataforma *online*, la pertinencia de cada pregunta para ser incluida en el cuestionario, mediante una

escala Likert de 1 a 5 (de menor a mayor importancia). También podían hacerse comentarios y reformulaciones sobre las preguntas. Una vez recogida y analizada esta información, como ya se ha comentado, se reenvió el cuestionario (segunda fase) mostrando las medianas de puntuación de cada ítem y los comentarios y las reformulaciones que habían hecho el resto de participantes de manera anonimizada. En esta segunda fase se pidió al grupo que puntuase los ítems nuevamente y discutiesen, en su caso, los comentarios realizados. Los resultados se muestran como medianas y coeficiente de variación ([tabla 2](#)).

A partir de esta información, el grupo motor elaboró una primera versión del cuestionario. A continuación se realizó su pilotaje en un servicio de urgencias durante 8 semanas, y entre julio y septiembre de 2014 se recogieron datos de 20 pacientes (81% hombres, edad media de 31,7 años [$\pm 10,7$], 53% de origen español) para conocer el tiempo necesario para su cumplimentación, el nivel de dificultad y comprensión de las preguntas, y valorar si el momento indicado para llevarlo a cabo dentro del proceso asistencial (tras la atención sanitaria) era el más adecuado para evitar que la persona se sintiera coaccionada a participar en el estudio.

Consideraciones éticas

El protocolo de estudio, que incluye el cuestionario, fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario La Paz.

Resultados

En la [tabla 2](#) pueden verse los resultados obtenidos, con las medianas y los coeficientes de variación de cada pregunta. Todos los ítems, excepto uno, se valoraron con puntuaciones ≥ 4 .

Respecto a las sugerencias en la reformulación de las preguntas y las modificaciones, las más controvertidas fueron las que se hicieron a los ítems 2 a 5. En relación con los dos primeros («sexo» e «identidad de género»), se pensó que tal vez habría una tendencia a responder a los dos de la misma forma, y se sugirió la posibilidad de recoger el «sexo asignado al nacimiento», si bien tampoco esto aseguraba que una persona transexual se sintiera cómoda dando una respuesta que no se correspondiera con su identidad actual. Finalmente se decidió dejar la pregunta sobre «Sexo» con tres opciones, una de ellas abierta («Otro, especificar»), y que el ítem «Identidad de género» incluyera dos opciones para personas *trans* y una opción abierta para las personas que no se sintieran adscritas al binomio tradicional masculino/femenino. Aunque hubo quien apuntó la posibilidad de preguntar por la orientación sexual, finalmente se optó por no hacerlo.

En cuanto a los ítems 3 y 4, pese a que el grupo puntuó con un 5 la utilidad del ítem «Pertenencia a alguna raza o etnia», mayoritariamente se sugirió la no inclusión del término «raza», aunque sí recoger el origen étnico, utilizando grandes grupos étnicos como opciones y manteniendo una respuesta abierta («Otras: especificar») para aquellas personas que no se vieran incluidas en ninguna de las opciones proporcionadas. Después de estudiar todas las sugerencias recibidas (fueron los ítems más comentados), el grupo motor decidió dejar la pregunta «Lugar de origen» y completarla con otra sobre la «Nacionalidad», pese a conocer que estos datos, debido a la gran movilidad de nuestro mundo actual, están perdiendo relevancia.

Los ítems 7, 8 y 9, referidos al nivel de estudios, se agruparon en una sola pregunta con cuatro opciones establecidas por niveles y una opción abierta para la formación que no pudiera encuadrarse en los anteriores.

Respecto al estado emocional de la víctima (ítem 40), aunque obtuvo una elevada puntuación se consideró que, a pesar de su

Tabla 1
Descripción de las personas participantes en el grupo experto

Perfil	N	Sexo	Ámbito
Medicina de urgencias	5	Mujeres	Urgencias hospitalarias
Trabajo social	1	Mujer	Promoción de la salud
Medicina legal y forense	1	Mujer	Universidad
Coordinación en organización no gubernamental	4	3 mujeres y 1 hombre	Delitos de odio LGBT, personas sin hogar, racismo/xenofobia, islamismo

Tabla 2
Valoración por parte del grupo experto sobre los ítems propuestos

N.º	Variables	1ª vuelta		2ª vuelta		Inclusión
		M	CV	M	CV	
1	Fecha de nacimiento	4	0,114	4	0,177	Sí
2	Sexo	5	0,172	5	0,000	Sí
3	Identidad de género	5	0,078	5	0,000	Sí
4	Pertenencia a alguna raza o etnia	5	0,111	5	0,000	No
5	Lugar de origen	5	0,220	5	0,203	Sí
6	Año de llegada a España (si es de origen extranjero)	4	0,098	5	0,119	Sí
7	Nivel de estudios	4	0,285	4	0,199	Sí
8	Para personas cuyo nivel de estudios no se encuadre en ninguna de estas categorías, recoger literalmente sus estudios	4	0,340	4	0,118	No
9	Edad a la que dejó de estudiar el paciente, en caso de que no haya completado sus estudios	3	0,420	4	0,152	No
10	Etapa del proceso asistencial	4	0,166	4	0,177	Sí
11	Medio de transporte del paciente	4	0,231	4	0,124	Sí
12	Acompañamiento	4	0,231	4	0,177	Sí
13	Informante	4	0,165	4	0,199	No
14	Paciente con discapacidad física	4	0,134	5	0,119	Sí
15	Paciente con discapacidad mental	4	0,104	5	0,119	Sí
16	Tipo de lesión	5	0,349	5	0,000	Sí
17	Diagnóstico de la lesión	5	0,240	5	0,000	Sí
18	Localización de la lesión	4	0,097	5	0,310	Sí
19	Gravedad de la lesión	5	0,168	5	0,000	Sí
20	Resolución del caso	5	0,112	5	0,093	Sí
21	Derivación del paciente	5	0,256	4	0,199	Sí
22	Consumo de alcohol	4	0,277	4	0,106	Sí
23	Consumo de drogas	4	0,267	4	0,106	Sí
24	Breve descripción del incidente	5	0,078	5	0,119	Sí
25	Fecha del incidente	4	0,118	4	0,306	Sí
26	Hora aproximada del incidente	4	0,097	5	0,119	Sí
27	Lugar del incidente	5	0,112	5	0,194	Sí
28	Número de agresores/as	5	0,073	5	0,093	Sí
29	¿Conoce el/la paciente al/a la agresor/a?	5	0,078	5	0,093	Sí
30	En caso de conocerle/a, ¿cuál es su relación?	5	0,291	5	0,000	Sí
31	Edad aproximada del/de la agresor/a	4	0,168	4	0,124	Sí
32	Sexo de la persona agresora	5	0,168	5	0,093	Sí
33	Acompañamiento durante la agresión; en caso afirmativo, especificar por quién	5	0,161	5	0,194	Sí
34	Característica, real o percibida, que ha podido motivar la agresión	5	0,104	5	0,000	Sí
35	Uso de lenguaje discriminatorio	5	0,242	5	0,093	Sí
36	Presencia de simbología de odio	5	0,112	5	0,194	Sí
37	Agresiones previas por este motivo	5	0,097	5	0,119	Sí
38	Intención de denunciar	5	0,267	5	0,093	Sí
39	Percepción del personal de salud sobre la agresión	5	0,114	5	0,222	Sí
40	Estado emocional del paciente (pregunta incluida tras la primera vuelta)	-	-	5	0,000	No

CV: coeficiente de variación; M: mediana.

relevancia, su cumplimentación podía ser dificultosa en la práctica, por lo que se decidió no incluirlo en el cuestionario.

Durante el pilotaje se detectaron algunas situaciones en las que el cuestionario no pudo realizarse debido al estado en que se encontraba la persona agredida (nerviosismo, agresividad, embriaguez), que fue añadido a los motivos de exclusión. El personal médico que participó en el pilotaje del instrumento lo valoró como fácilmente utilizable.

Tras el pilotaje, el cuestionario definitivo (véase el Anexo online) quedó estructurado en siete apartados:

1. Presentación: introducción dirigida a la persona agredida, en la que se explican la naturaleza y la finalidad de la entrevista y del estudio, así como el compromiso con la salvaguarda de su intimidad y la confidencialidad de la información aportada. También

se recogen la fecha y los códigos de la entrevista y del servicio donde se lleva a cabo.

2. Características sociodemográficas y criterios de exclusión: fecha de nacimiento, sexo, identidad de género, nacionalidad, país de origen y nivel de estudios. Asimismo, se recogen los posibles motivos por los cuales no pudiera realizarse la entrevista, y el deseo o rechazo de participación de la persona agredida en el estudio.
3. Datos asistenciales: se recogen algunas características de la persona atendida, así como el tipo de lesión, el diagnóstico, la gravedad, la resolución (alta, ingreso, muerte) y la derivación.
4. Información sobre el incidente: fecha y hora aproximada, lugar, si se conocía a la persona o personas agresoras, y características de número, sexo y edad de esas personas.
5. Indicios de violencia de odio: se pregunta por algunas características de la víctima como motivación (parcial o total) del

incidente. Consta de varias opciones de respuesta sobre las motivaciones de agresión más comunes (sexo, etnia, religión, origen, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o pobreza, entre otras) y se pide especificar más acerca de dicha característica. A continuación se pregunta por otros indicios, indicadores de violencia de odio, como la utilización de lenguaje discriminatorio, insultos, etc., en relación con alguna característica de la víctima, y la existencia de simbología del odio dentro de la escena de la agresión (solicitando que se especifique), así como si la persona ha sido agredida por este motivo en otras ocasiones.

6. La última pregunta a la víctima va orientada a saber si ha denunciado el hecho ante las autoridades o tiene intención de hacerlo, y en caso negativo, el porqué.
7. La última parte del cuestionario está reservada para las impresiones del personal sanitario (formado previamente en violencia de odio) respecto a su percepción sobre si se trata de un caso de violencia de odio o no. Esta información permite valorar la concordancia con la opinión del paciente, su percepción respecto a este problema y su implicación en el procedimiento.

Discusión

La violencia de odio se ha definido como un problema emergente de salud pública, sobre el cual el sector salud desempeña un papel clave, que va desde la identificación y la atención de las víctimas hasta la vigilancia y la prevención de este tipo de violencia. El presente trabajo aporta la elaboración de la única herramienta sanitaria conocida hasta el momento, en nuestro medio, que facilita la identificación de casos de violencia de odio, así como la recogida sistemática de información relevante sobre esta, desde el punto de vista tanto epidemiológico como médico-legal.

Desde 2013, el Ministerio de Interior de España registra más de 1000 denuncias al año por incidentes de odio. No obstante, se estima que solo se denuncian entre un 10% y un 20% de los casos¹⁸. Según estimaciones de organizaciones no gubernamentales, el número de incidentes de odio podría superar los 4000 al año en España¹⁹, y algunas contabilizan casi 90 muertes documentadas por esta causa (sin incluir las debidas a misoginia) desde 1991²⁰. La incorporación del sector salud a la respuesta ante la violencia y los delitos de odio podría tener importantes beneficios para las víctimas y la sociedad en su conjunto. No obstante, es necesario poner herramientas a disposición del personal de salud y que sean aptas para la práctica clínica, tales como protocolos, guías de recursos, partes de lesiones adaptados, etc. Todo ello contribuiría no solo a una adecuada atención, sino también a reducir la fracción oculta en las estadísticas de denuncias policiales.

Desde 2015, este instrumento está siendo utilizado en dos servicios de urgencias de la Comunidad de Madrid. Se ha propuesto que, una vez que la persona agredida ha recibido la atención sanitaria que requieran sus lesiones y tras la valoración de su estado físico, psicológico y emocional, lo que requiere la adopción de una posición empática, tranquilizadora y de apoyo por parte del personal que le atiende, se explore la sospecha de que se trate de una agresión por violencia de odio mediante el presente cuestionario²¹. Su inclusión en la dinámica clínica no ha estado exenta de desafíos: colaboración entre diferentes agentes del hospital (personal de medicina, enfermería, trabajo social, admisión, seguridad, etc.), formación y sensibilización, adaptación a otros protocolos del centro y apoyo institucional, todo ello en un entorno de intensa carga asistencial.

Una de las grandes fortalezas de este trabajo es haber contado con la colaboración de personas expertas de diferentes perfiles, de manera que los datos recogidos, además de ser útiles para la atención sanitaria, la vigilancia y la investigación, son de interés para las

asociaciones civiles que trabajan con víctimas de violencia de odio, sirven para visibilizar este problema en la sociedad y permiten la incidencia política a fin de que las instituciones públicas aborden la violencia de odio y sus repercusiones.

El método Delphi ha permitido evaluar la validez de contenido del cuestionario. Otros aspectos del proceso de validación no son factibles en este escenario, como la validez de criterio (la referencia sería la motivación real del agresor, cuyo conocimiento es inviable) o la fiabilidad test-retest (volver a preguntar a la víctima meses después, cuando la respuesta estaría probablemente sesgada). Sin bien esto puede suponer una limitación para el estudio, la realización de un pilotaje ha permitido valorar positivamente la adecuación de las preguntas realizadas al ámbito y los objetivos del estudio.

La incorporación sistemática de esta herramienta puede ayudar a conocer la magnitud y las características de la violencia de odio, y su repercusión sobre la salud. Esta información permitiría elaborar estrategias de prevención e intervención dirigidas, especialmente, a los sectores de población más expuestos a este tipo de violencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La violencia de odio tiene un importante impacto en la salud de las víctimas y de sus allegados. Debido a que muchas víctimas pueden buscar atención sanitaria, el sector salud es clave en el diagnóstico y el registro de este tipo de violencia. Sin embargo, la falta de herramientas de detección de violencia de odio dificulta esta tarea.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El cuestionario elaborado por el proyecto SIVIVO facilita la detección de casos de violencia de odio, reuniendo variables socioeconómicas, clínicas y sobre la agresión. Su utilización disminuye la infradetección de este tipo de violencia y aporta información relevante para su abordaje desde la salud pública.

Editor responsable del artículo

David Cantarero.

Contribuciones de autoría

C.C. Gil-Borrelli y M.A. Rodríguez-Arenas elaboraron el diseño, la introducción y, junto con L. López Corcuera, R. Torres Santos-Olmo, B. Reche Martínez y E. Muriel Patiño, la discusión. M.D. Martín-Ríos y C.C. Gil-Borrelli realizaron el análisis de los datos y los resultados. Todo el manuscrito ha sido discutido y aprobado por todas las personas firmantes.

Financiación

Acción Estratégica en Salud 2013: P113/02267. Cofinanciado con fondos FEDER.

Conflictos de intereses

Ninguno. Las opiniones expresadas por las personas autoras son propias y no representan necesariamente la posición oficial del Instituto de Salud Carlos III, el Hospital Universitario La Paz ni el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Apéndice. Grupo de Investigación SIVIVO

M. Ángeles Rodríguez-Arenas, Christian Gil-Borrelli, Araceli Capa Sanz, Lourdes Gutiérrez Trujillo (Escuela Nacional de Sanidad, 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, Carlos Iniesta Mármol, David Parra Blázquez, Ana Gómez, Manuel Quintana Díaz (Hospital Universitario La Paz, Madrid); M. Dolores Martín-Ríos (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid); y Pello Latasa Zamalloa (Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2019.01.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006).

Bibliografía

- Rodríguez Arenas MA, Martín Ríos MD, Gil-Borrelli CC. Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. *Gac Sanit.* 2018;**32**:114–6.
- Ardley J. Hate crimes: a brief review. *Int J Sociol Soc Policy.* 2005;**25**:54–66.
- Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;**129**:674–97.
- Hutson HR, Anglin D, Stratton G, et al. Hate crime violence and its emergency department management. *Ann Emerg Med.* 1997;**29**:786–91.
- McLaughlin KA, Brilliant K, Lang C. National bias crimes training. Washington DC: US Department of Justice; 1995.
- Levin J, McDevitt J. Hate crimes: the rising tide of bigotry and bloodshed. New York: Plenum; 1993.
- World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Ginebra: WHO; 2014. (Consultado el 10/2/2018.) Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/en/
- Samanes Ara E, Morellón Labarta M, Egidio Martínez T, et al. Estudio comparativo de las agresiones a españolas y a extranjeras atendidas en un servicio de urgencias. *Emerg.* 2011;**23**:266–70.
- Quigg Z, McGee C, Bellis MA, et al. Violence-related ambulance call-outs in the North West of England: a cross-sectional analysis of nature, extent and relationships to temporal, celebratory and sporting events. *Emerg Med J.* 2017;**34**:364–9.
- Clément N, Businger A, Exadaktylos AK, 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.
- Gómez Moraga A, Rodríguez Fernández E. ¿Qué información obtenemos de los partes por lesión? *SEMERGEN.* 2002;**28**:297–301.
- Lee Meredith LC. Developing hate crime questions for the national crime victimization survey. Washington DC: Bureau of the Census. p. 1036–41;1999. Disponible en: http://www.asasrms.org/Proceedings/papers/1999_181.pdf
- Hate crimes in Scotland. Easy-read online questionnaire. The Scotland Government. 2004. (Consultado el 28/7/2012.) Disponible en: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/01/18910/33159#1>
- Preventing and responding to hate crimes. A resource guide for NGOs in the OSCE region. OSCE's Office for Democratic Institutions and Human Rights. Varsovia; 2009.
- Visibilizar los delitos de odio. ¡Haciendo frente a los hechos! Directrices para la vigilancia de delitos e incidentes motivados por el odio. CEJI - Contribución Judía para una Europa Inclusiva. Éterville, Francia; 2012. Disponible en: <https://ceji.org/facing-facts-hate-crime-monitoring-guidelines-spanish/>
- A guide to fighting hate crimes. Community Security Trust. London; 2012. Disponible en: <https://cst.org.uk/public/data/file/1/0/Hate-Crime-booklet.pdf>
- Hate crimes in the OSCE region. Incidents and responses. Annual Report for 2010. ODHIR. OSCE. Varsovia; 2011.
- Making hate crime visible in the European Union: acknowledging victims' rights'. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. Viena; 2012.
- Informe RAXEN Especial 2008. Movimiento contra la intolerancia. Madrid; 2008. Disponible en: <http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/raxen/raxen.asp>
- Crímenes de odio. Memoria de 25 años de olvido. Grupo de Investigación sobre Crímenes de Odio. Disponible en: <http://crimenesdeodio.info/>
- Gil-Borrelli CC, Martín Ríos MD, Rodríguez Arenas MA. en representación del Grupo de Investigación SIVIVO. 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.

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>			
Una	35 (52,2)	26 (39,4)	0,30
Dos	11 (16,4)	19 (28,8)	
Más de dos	21 (31,3)	21 (31,8)	
<i>Sexo</i>			
Hombre/s	54 (79,4)	59 (83,1)	0,52
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>			
Nunca	54 (78,3)	55 (82,1)	0,29
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.



CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE OUDIO

CÓDIGO DE ENCUESTADOR: _____	Nº DE CUESTIONARIO _____	FECHA ENTREVISTA / ____ / ____ / ____
------------------------------	--------------------------	---------------------------------------

Nos gustaría que colaborara en un estudio que estamos realizando para valorar la frecuencia con la que ocurre la violencia de odio, es decir, aquella que sucede cuando una persona agrede a otra por razones como la raza, orientación sexual, religión, estilo de vida, nacionalidad u otras. Para ello le pedimos que responda a este cuestionario. La participación es voluntaria y su decisión de contestar o no, no va a tener ninguna consecuencia sobre su tratamiento en este servicio.

La información que se recoja pasará a una base de datos **COMPLETAMENTE ANÓNIMA**, en la que será imposible identificar sus respuestas, para mantener la CONFIDENCIALIDAD de las mismas. Si hay alguna pregunta que le moleste, no tiene que responderla, sin tener que dar ningún tipo de explicaciones.

Agradecemos de antemano su colaboración.

Centro: _____ Servicio: _____ Número de Historia: / _____ /

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

P1. Fecha de nacimiento: / ____ / ____ / ____ /

P2. Sexo:

. Hombre..... . Mujer.....

. Otro, especifique _____

P3. Si no puede realizar la entrevista señale el motivo:

. Abuso sustancias..... . Agresividad.....

. Idioma..... . Bajo nivel de consciencia.....

. Violencia de pareja... . Ataque de pánico.....

. Otro _____

P4. Actualmente se identifica como:

. Hombre..... . Mujer.....

. Hombre trans..... . Mujer trans.....

. Otra, especifique _____

P5. Lugar de origen: _____

P6. Nacionalidad: _____

P7. En caso de origen extranjero, ¿En qué año llegó a España? / _____ /

P8. Nivel de estudios:

. No sabe leer ni escribir.....

. Estudios primarios (completos o no) o sin estudios.....

. Bachiller/graduado escolar/ESO/FP grado medio.....

. FP grado superior/estudios superiores (universitarios o no)...

. No sabe sabe/no contesta.....

. Otros que no se encuadren en los anteriores, especifique _____

P9. ¿Desea usted participar en este estudio?:

. Sí.....

. No..... **FINAL DE ENTREVISTA**

2. PROCESO ASISTENCIAL

P10. Etapa del proceso asistencial:

. Ingreso primario..... . Derivado de AP.....

. Reingreso.....

P11. Paciente acude:

. Propios medios..... . Policía.....

. Ambulancia/UVI móvil... . Otros _____

P12. Paciente acude:

. Solo.....

. Acompañado por _____

P13. Paciente con discapacidad física:

. No..... . No sabe.....

. Sí..... especifique _____

P14. Paciente con discapacidad psíquica/mental:

. No..... . No sabe.....

. Sí..... especifique _____

P15. Paciente con consumo de alcohol:

. Sí, + por paciente.... No.....

. Sí, hay sospecha.... Desconocido....

P16. Paciente con consumo de otras sustancias:

. Sí, + por paciente/análítica.. No.....

. Sí, hay sospecha..... Desconocido....

P17. Lesión por:

. Pelea..... . Abuso sexual/violación.....

. Ahogamiento..... . Sustancia corrosiva/cáustica...

. Envenenamiento... . Ahorcamiento/estrangulación...

. Arma de fuego... . Objeto cortante/punzante.....

. Otro, especifique _____

P18. Diagnóstico:

. Fractura/luxación.....

. Esguince/torcedura.....

. Lesión intracraneal.....

. Lesión interna (tórax, abdomen y/o pelvis).....

. Herida abierta.....

. Lesión de vasos sanguíneos.....

. Lesión superficial.....

. Contusión.....

. Aplastamiento.....

. Cuerpo extraño en orificio natural.....

. Quemaduras.....

. Lesión nerviosa o de médula espinal.....

. Envenenamiento (drogas/fármacos/sust. biológicas)...

. Intoxicación (no medicamentosa).....

. Otro, especifique _____

P19. Localización de la lesión:

. Cabeza y cuello..... . Tórax.....

. Abdomen..... . Miembro superior...

. Genitales..... . Miembro inferior...

P20. Pronóstico:

. Leve..... . Moderado.....

. Grave..... . Reservado.....

P21. Resolución del caso:

. Alta..... . Alta voluntaria.....

. Observación..... . Ingreso.....

. Traslado..... . Éxito.....

P22. Paciente se deriva a:

. Centro de salud..... . Consultas externas...

. Servicios sociales.... . Otros _____

3. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

P23. Fecha y hora del incidente:

/___/___/___ : ___:___

P24. Lugar del incidente (puede marcar varias):

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| . Hogar..... | <input type="checkbox"/> | . Trabajo o in itinere..... | <input type="checkbox"/> |
| . Bar/restaurante..... | <input type="checkbox"/> | . Discoteca/Pub..... | <input type="checkbox"/> |
| . Recinto deportivo... | <input type="checkbox"/> | . Centro educativo.... | <input type="checkbox"/> |
| . Calle..... | <input type="checkbox"/> | . Transporte..... | <input type="checkbox"/> |
| . En mi barrio..... | <input type="checkbox"/> | . Otro..... | <input type="checkbox"/> |

P24b. Indique la calle o vía donde sucedió:

P25. Breve descripción del incidente:

P26. Número de personas agresoras: /___/

. No sabe.....

P27. Sexo de la/s persona/s agresora/s:

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| . Mujer/es..... | <input type="checkbox"/> | . Hombre/s..... | <input type="checkbox"/> |
| . Grupo mixto..... | <input type="checkbox"/> | . No sabe..... | <input type="checkbox"/> |

P28. ¿Conoce a la persona que le agredió?:

- . No.....
. Sí, especifique su relación.....

P29. ¿Podría decir la edad aproximada de la persona agresora?:

- | | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| . <18..... | <input type="checkbox"/> | . 18-35..... | <input type="checkbox"/> | . 36-50..... | <input type="checkbox"/> |
| . 51-65..... | <input type="checkbox"/> | . >65..... | <input type="checkbox"/> | | |

P30. Cuando le agredieron, estaba usted:

- . Solo/a.....
. Acompañado/a... ¿por quién?.....

P31. ¿Cuál cree usted que ha sido el motivo, total o parcial, de la agresión? (sea el motivo real o no):

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|
| . Su sexo (<i>mujer u hombre</i>) | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Su origen étnico o racial | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Su nacionalidad | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Su orientación sexual (<i>lesbiana, gay, etc</i>) | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Su edad (actual) | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Sus creencias religiosas (o no creencias) | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Su identidad de género (<i>trans, masculina, femenina</i>) | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Su aspecto físico (IMPORTANTE ESPECIFICAR) | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Por estar en situación de pobreza | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Tener una discapacidad física o psíquica | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Tener una enf. crónica o infecciosa | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Sus ideas políticas | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| Especificar: _____ | | | | | | |
| . Cualquier otro motivo | <input type="checkbox"/> | . Sí | <input type="checkbox"/> | . No | <input type="checkbox"/> | . NS |
| (<i>prostitución, filiación deportiva, cultura, idioma, origen territorial</i>) | | | | | | |
| Especificar: _____ | | | | | | |

P32. ¿Utilizó el/la agresor/a un lenguaje abusivo, insultos o comentarios negativos o despectivos, de carácter intolerante o de rechazo?:

- . No.....
. Sí..... Ejemplos: _____

P33. ¿Había algún símbolo que pudiera indicar una razón particular para la agresión? (tatuajes, esvásticas, cabeza rapada, ropa militar, uniforme):

- . Sí..... . No sabe.....
. No.....

P34. ¿Ha sufrido agresiones por este motivo anteriormente?:

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| . Nunca..... | <input type="checkbox"/> | . 6 a 10 veces..... | <input type="checkbox"/> |
| . Una vez..... | <input type="checkbox"/> | . Más de 10 veces.... | <input type="checkbox"/> |
| . 2 a 5 veces..... | <input type="checkbox"/> | . Desconocido..... | <input type="checkbox"/> |

P35. ¿Ha denunciado el incidente a la policía o al juzgado o tiene intención de hacerlo?:

- . No sabe.....
. Ha denunciado.....
. No ha denunciado, pero sí lo hará.....
. No ha denunciado y no lo hará..... En este caso, ¿Por qué?.....

4. IMPRESIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

P36. ¿Cree usted que el/la paciente ha sido víctima de violencia de odio?

- . Sí.....
. No.....

P37. ¿Qué característica, real o percibida, cree usted que motivó la agresión?

Observaciones que desee hacer:

AUTORIZACIÓN ESTUDIO CUALITATIVO

Se va a proceder a realizar entrevistas en profundidad (entre media y una hora) a algunas de las personas participantes en este estudio, para completarlo:

- ¿Querría usted participar en esa nueva fase del estudio?
NO
SÍ En este caso, y para poder establecer contacto con usted y establecer una cita, podría facilitarnos:

Nombre de pila (puede ser ficticio) _____
Teléfono _____
Día y hora de preferencia _____

Por favor, firma este consentimiento:

POR FAVOR, NO OLVIDE AGRADECER AL/A LA PACIENTE SU COLABORACIÓN EN EL ESTUDIO.