

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 xxx

Palabras clave:

Violencia

Epidemiología descriptiva

Encuestas de alta de hospitales nacionales

Sistemas de información

Keywords:

Violence

Epidemiology

descriptive

National hospital discharge survey

Information systems

R E S U M E N

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

A B S T R A C T

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).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.008>

0213-9111/© 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/>).

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, reintegro, 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

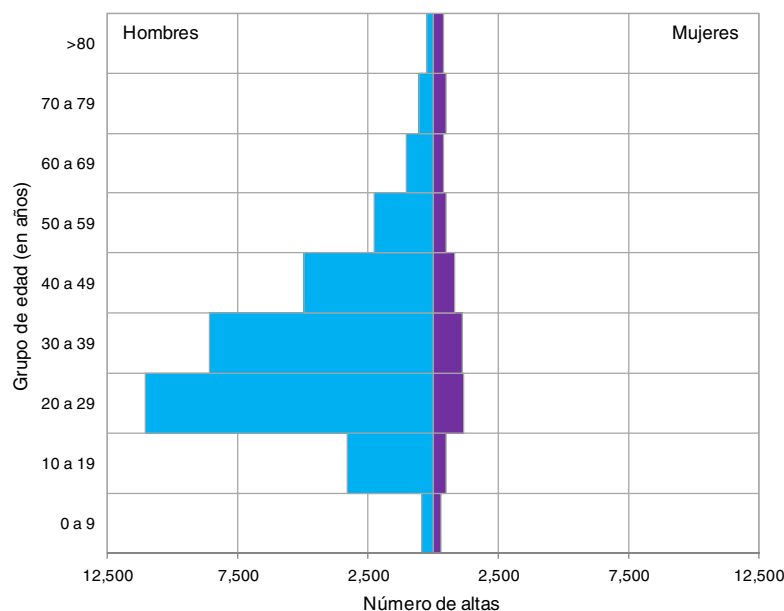


Figura 1. Distribución de las altas por sexo y edad en pacientes que ingresan por violencia interpersonal. Conjunto Mínimo Básico de Datos. España, años 1999 a 2011.

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

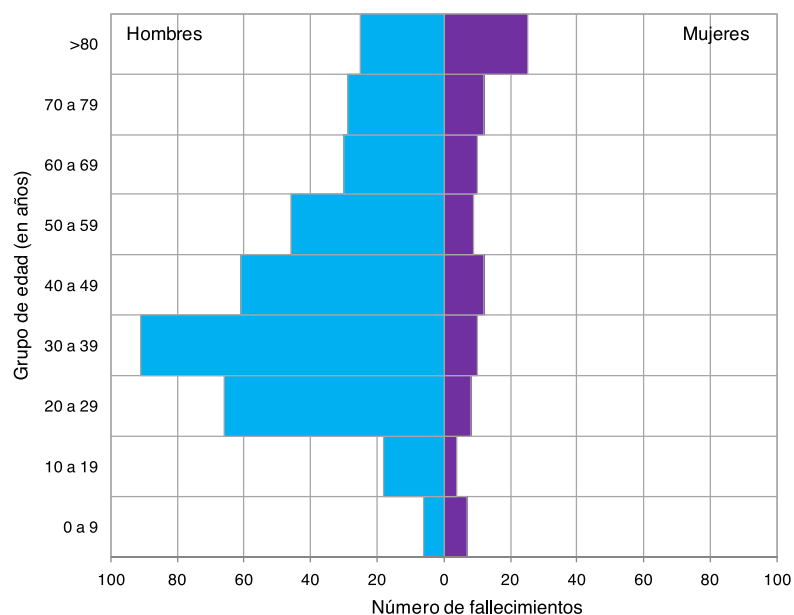


Figura 2. Distribución de los fallecimientos intrahospitalarios en pacientes que ingresan por violencia interpersonal, según sexo y edad. Conjunto Mínimo Básico de Datos, España, años 1999 a 2011.

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

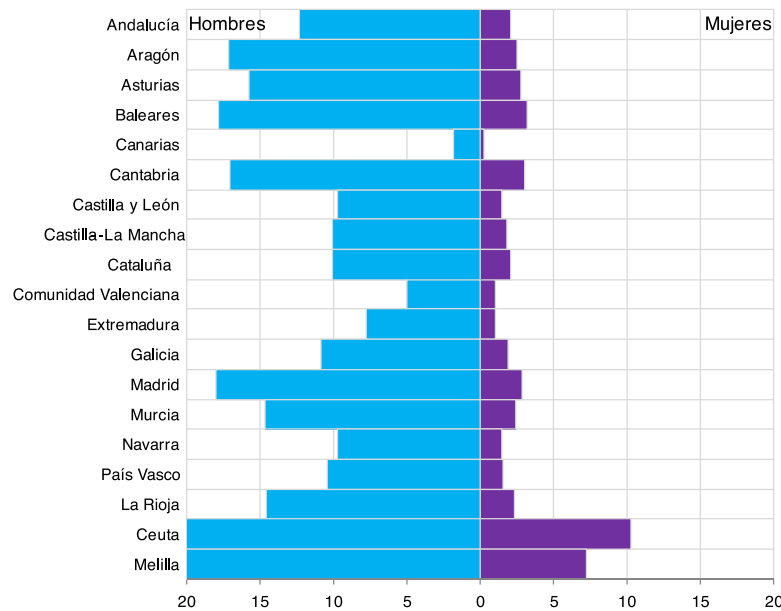


Figura 3. Tasas de altas (por 100.000) por violencia interpersonal, según comunidad autónoma y sexo. Conjunto Mínimo Básico de Datos. España, años 1999 a 2011.

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 datos²⁵⁻²⁷, 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 9^a 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/colecciones/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>