

Nota de campo

## Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias

Elvira Muslera-Canclini<sup>a,\*</sup>, Carmen Natal<sup>a</sup>, Vicente García<sup>b</sup> y Paloma Fernández-Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Análisis y Programas, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España

<sup>b</sup> Gerencia de Atención Primaria del Área V, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España

<sup>c</sup> Documentación Clínica, Hospital de Cabueñes, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 28 de octubre de 2008

Aceptado el 5 de febrero de 2009

On-line el 17 de septiembre de 2009

#### Palabras clave:

Violencia de género

Registros sanitarios

VIMPA

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir cómo se registran en los documentos clínico-asistenciales de una área sanitaria de Asturias los casos notificados al Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA).

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de los casos recogidos en el Registro VIMPA durante los años 2005 y 2006. Como variables se tomaron la forma de codificación-registro del episodio, la presencia de antecedentes y la coincidencia de diagnósticos entre los documentos.

**Resultados:** El 51,7% de las pacientes de atención primaria fueron atendidas en un centro con acceso a su historia clínica, y presentaban el código específico de maltrato de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria el 15,1%. En atención especializada, todos los casos tuvieron referencia escrita.

**Conclusión:** La identificación de casos entre los diferentes documentos es desigual. Los resultados apuntan a la necesidad de tener registros específicos que favorezcan la explotación combinada de las diferentes fuentes de información.

© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Description of registration of episodes of gender violence in medical records in the Principality of Asturias, Spain

### ABSTRACT

#### Keywords:

Gender violence

Medical registries

VIMPA

**Objective:** To describe how episodes of gender violence notified to the Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA) are registered in the clinical records of a health area of this geographical region.

**Methods:** We performed a cross-sectional, descriptive study in a sample of cases collected in the VIMPA Registry in 2005 and 2006. The variables analyzed were the way in which the episode of gender violence was coded and registered, the presence of antecedents, and the diagnostic agreement among documents.

**Results:** A total of 51.7% of primary care patients were attended in a center with access to their medical records. A specific International Classification of Primary Care-2 (World Organisation of National Colleges and Academics) code of abuse was used in only 15.1%, while a written diagnosis was used in all cases in specialized care.

**Conclusion:** Episodes of gender violence were identified differently in distinct clinical documents. Our results point to the need for specific registries that would aid the combined use of distinct information sources.

© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

Para prestar la atención sanitaria adecuada a las mujeres que sufren violencia de género es preciso disponer de información sobre la magnitud, la gravedad, la distribución, las causas y las consecuencias de ella<sup>1</sup>. En este sentido, diversas iniciativas promueven el desarrollo de sistemas de información que permitan diseñar intervenciones efectivas<sup>2-4</sup>.

El diseño de un sistema de información requiere un análisis previo de las diversas fuentes, teniendo en cuenta las diferencias en los documentos, en la forma de recoger los datos y en los sistemas para la explotación de éstos<sup>5</sup>.

El objetivo de este estudio es describir cómo se registran en los documentos clínico-asistenciales de una área sanitaria los casos notificados al Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA).

### Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población de estudio es el conjunto de los casos notificados al Registro VIMPA desde el área sanitaria V de Asturias durante 2005 y 2006.

El Registro VIMPA se creó en enero de 2003, al tiempo que se implantó el primer Protocolo de Atención Sanitaria a la Violencia de Género en la comunidad autónoma. Su principal objetivo es describir las características (edad, relación con el agresor, nacionalidad, tipo de atención, diagnóstico, etc.) de la demanda

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elvira.muslera@sespa.princast.es (E. Muslera-Canclini).

de atención sanitaria por agresiones en mujeres víctimas de violencia de género y las primeras actuaciones de los servicios sanitarios. Recoge situaciones de violencia de pareja, familiar y comunitaria. Su fuente de información son los partes/informes médicos remitidos al juzgado especialmente diseñados para los casos de violencia de género.

El área sanitaria estudiada da cobertura al 28% de la población asturiana. Cuenta con 20 consultorios y centros de salud, y dos hospitales de referencia. El 40% de las notificaciones al VIMPA proceden de esta área, con un total de 471 casos en el período considerado.

En atención primaria las historias clínicas están informatizadas, mientras que en atención especializada siguen en papel. En ambos niveles, los servicios de urgencias no codifican los diagnósticos.

Para la selección de las historias clínicas en atención primaria se realizó un muestreo por conglomerados bietápico, con un error muestral del 5%, una proporción esperada del 25% y un nivel de confianza del 95%, que resultó en una muestra de 180 casos. En atención especializada se seleccionaron las historias clínicas de todos los casos declarados (35) y aquellos procedentes de la muestra de atención primaria.

Las variables recogidas en atención primaria fueron la utilización del código específico (Z12 o Z25) de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2), la anotación literal en otro episodio relacionado, la coincidencia del diagnóstico del Registro VIMPA con que figura en la historia y la documentación de episodios de violencia de género producidos antes o después (período 2000-2007) del episodio notificado.

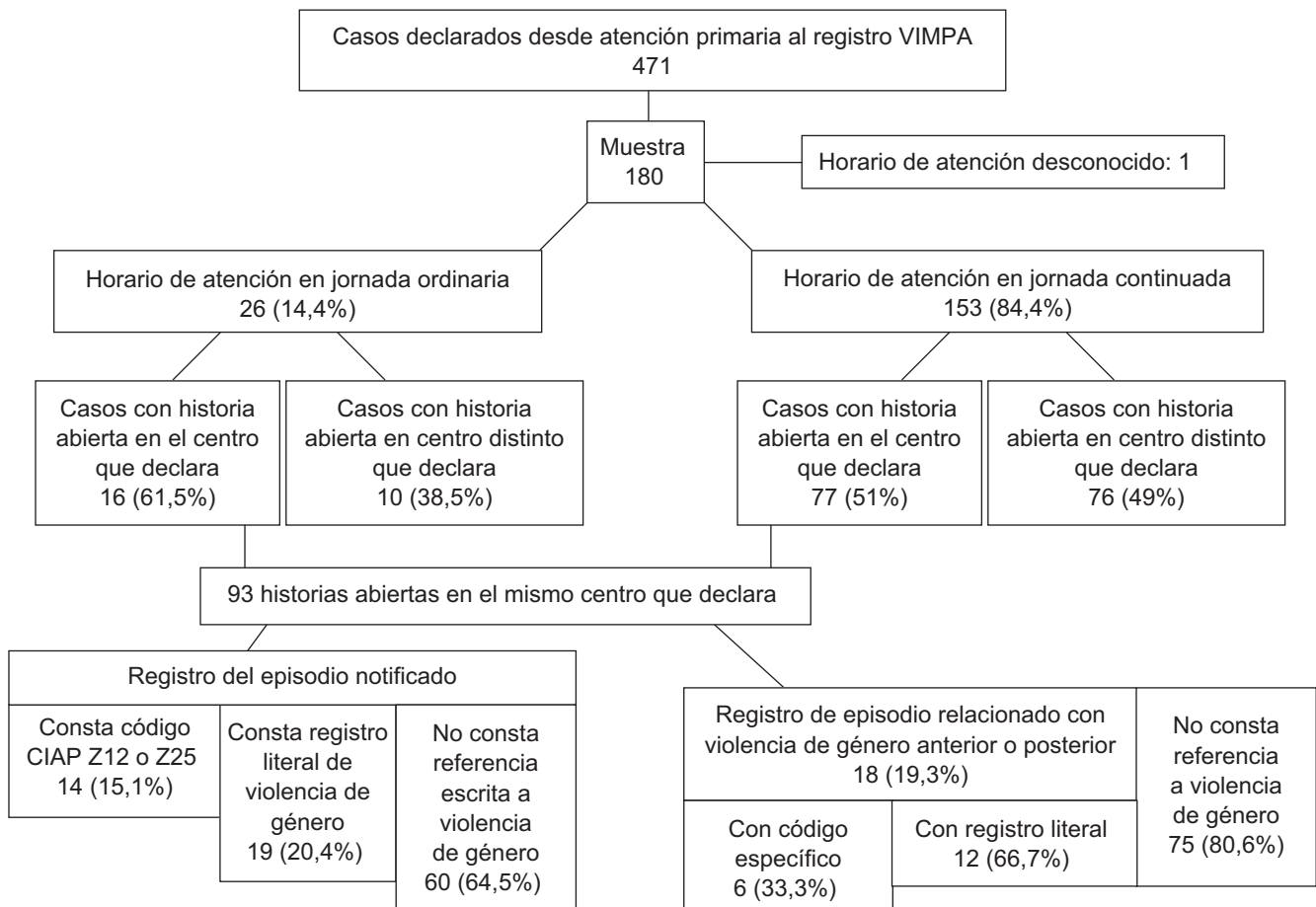
Las variables recogidas en atención especializada fueron la documentación del episodio notificado, la referencia directa o indirecta a violencia de género en otros episodios de atención, y la coincidencia del diagnóstico o motivo de consulta en la historia con el registrado por el VIMPA. Se buscaron, además, episodios de violencia de género producidos antes o después del episodio notificado (período 2000-2007).

El análisis se realizó mediante el cálculo de porcentajes o frecuencias, o ambos, y la comparación de proporciones mediante el test de ji cuadrado.

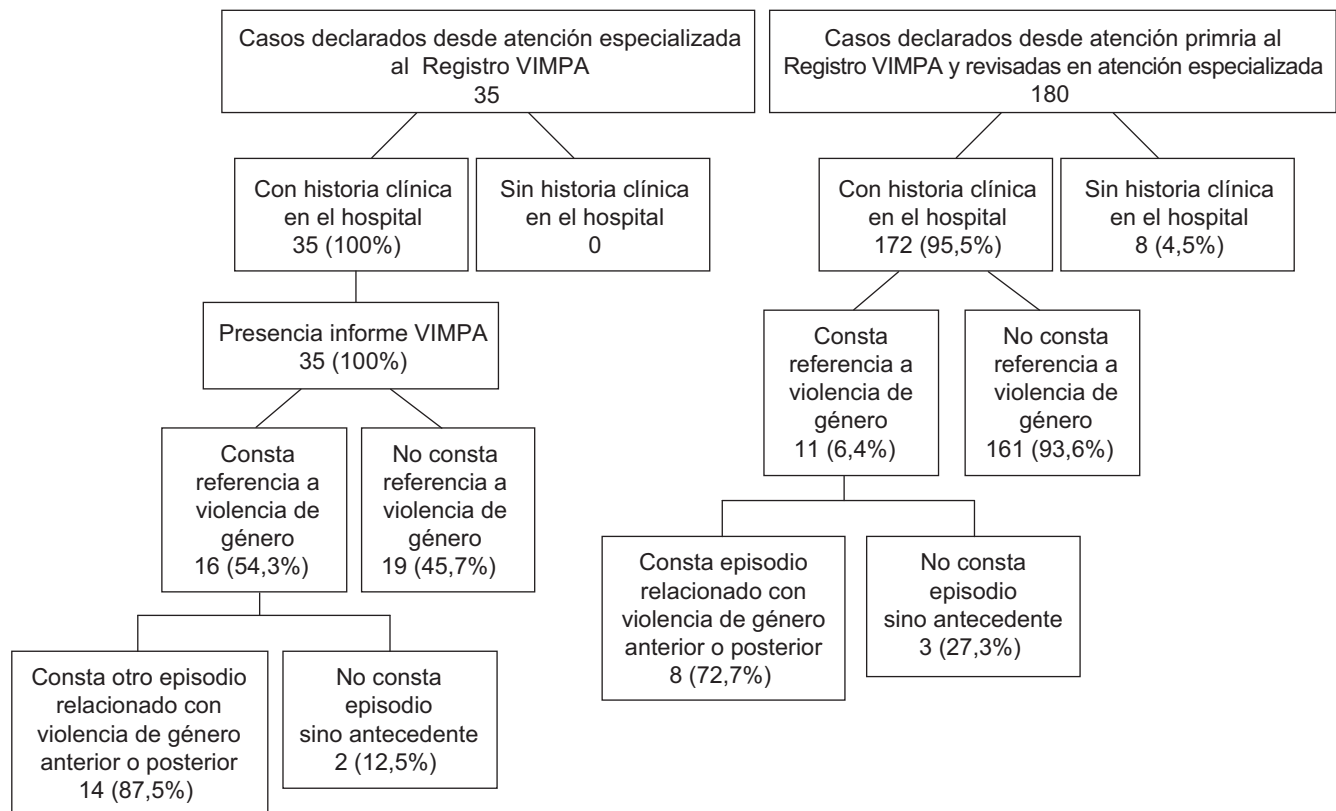
**Resultados**

En atención primaria, el 51,1% de la muestra (93) tenían historia clínica abierta en el mismo centro de salud que notificó el caso al Registro VIMPA. De estas mujeres, el 15,1% tenían un código CIAP específico de maltrato y en un 20,4% figuraba como anotación literal en otros episodios. En las historias restantes (64,5%) no había ninguna referencia escrita, a pesar de ser pacientes de ese centro y tener un parte/informe enviado al juzgado (fig. 1).

En 18 de las 93 historias clínicas (19,3%) había alguna referencia a episodios relacionados con violencia de género antes o después del episodio notificado, con código específico en un 33,3%. El registro de un código específico de maltrato fue más frecuente entre quienes presentaban otro episodio con código específico que entre quienes no lo tenían: 42,9% (6/14) frente a 15,2% (12/79), respectivamente (p=0,016).



**Figura 1.** Descripción del registro en la historia clínica de atención primaria (AP) de las mujeres que cuentan con un parte/informe en el Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA). CIAP: Clasificación Internacional de la Atención Primaria; VG: violencia de género.



**Figura 2.** Descripción del registro en la historia clínica del hospital de las mujeres que cuentan con un parte/informe en el Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA) cuya declaración se realizó desde el mismo hospital y desde atención primaria (AP). AE: atención especializada; VG: violencia de género.

La coincidencia entre los diagnósticos escritos en el Registro VIMPA y en la historia clínica se produjo en un 62,5% de los casos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el registro del episodio y el tramo horario de atención.

En el 51,3% de los casos las mujeres acudieron a un centro de salud distinto al suyo.

En atención especializada se consideraron los 35 casos declarados, 34 procedentes de urgencias y uno de hospitalización (fig. 2). En todos los casos figuraba referencia escrita en la historia clínica del episodio de maltrato, y los diagnósticos eran superponibles.

En 16 casos (54,3%) se encontraron antecedentes de violencia de género en la historia clínica; de éstos, en 14 (87,5%) estaba registrado un episodio anterior o posterior de violencia de género.

De los 180 casos de atención primaria, 172 (95,5%) tenían historia clínica en el hospital. De ellos, 10 acudieron a urgencias hospitalarias el mismo día del episodio notificado por atención primaria, siete a consecuencia de la derivación desde el centro de salud y tres por iniciativa propia. En todos hay constancia escrita de que la derivación se debe a un episodio de violencia de género. Si se buscan otros episodios de violencia de género, en 11 de los 172 casos existía alguna referencia antes o después del episodio índice, 8 (72,7%) con episodio específico.

## Discusión

En menos del 10% de las historias clínicas de atención primaria sería posible la identificación automatizada de la violencia de género. En el resto no lo sería, bien porque las mujeres no acuden

a su centro de salud, bien porque hay un literal no explotable o bien porque no existe referencia alguna.

En atención especializada, aunque todas las declaraciones al VIMPA tengan historia clínica abierta en el hospital que haga la notificación, en todas ellas figure referencia escrita a la violencia de género y exista coincidencia de los diagnósticos, la falta de informatización y de codificación impediría la explotación de los datos. Esta circunstancia es temporal, ya que actualmente se está solucionando.

Esta falta de registro por parte de los profesionales podría relacionarse con las habilidades en el uso de la herramienta informática, con la escasa formación en violencia de género recibida, que dificulta su identificación como diagnóstico diferencial<sup>6</sup>, y con la implantación relativamente lenta de las guías y protocolos de atención. En nuestra comunidad, el trabajo sistemático comenzó en el año 2003.

Una hipótesis que explicaría la no identificación del maltrato es que, cuando la mujer no lo expresa, sólo puede intuirse por una combinación de síntomas y situaciones<sup>7</sup>, y podría no quedar registrado en la historia. Se observó que, en los casos con algún antecedente de violencia documentado, la utilización de un código específico en otro episodio era más frecuente. Este resultado apoyaría la relevancia de la detección del problema<sup>8</sup>.

Una limitación estructural para el registro de la violencia de género en las historias clínicas es que, en Asturias, las bases de datos están descentralizadas por centros de atención, lo que no permite el acceso remoto, y ello impide cualquier anotación en la historia «de cabecera» de la paciente fuera de su centro de salud. Aun superados estos problemas, la proporción de casos con referencias específicas a violencia de género es muy baja.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, el muestreo utilizado podría plantear la duda sobre la generalización de nuestros resultados al conjunto del área y de la comunidad autónoma. Sin embargo, la selección aleatoria de centros e historias intentó prevenir la aparición de sesgos por este motivo.

Las diferencias en la documentación clínica entre atención primaria y atención especializada han hecho difícil la aplicación de la misma metodología. En este sentido, cabría aclarar que los episodios en atención especializada están siempre ligados a agresiones, mientras que en atención primaria aparecen algunos relacionados con situaciones de maltrato no ligadas a agresiones.

Respecto a las situaciones de violencia de género anteriores y posteriores al episodio notificado, no se ha tenido en cuenta una secuencia temporal, por lo que no pueden establecerse relaciones de causa-efecto en cuanto a la codificación. También hay que considerar que desconocemos la información no registrada sobre otros posibles episodios.

Algunos países escandinavos han establecido programas nacionales de registros sanitarios como fuente de información fundamental para la investigación de resultados en salud<sup>9</sup>. En España también existen experiencias de registros específicos para la violencia de género similares a la nuestra<sup>10</sup>, pero es fácil comprobar que hay una gran variedad de fuentes (registro de mortalidad, de denuncias, encuestas) y que no se ha logrado la complementariedad entre ellas<sup>11,12</sup>.

Se ha propuesto utilizar la historia clínica como fuente de información para estudiar la magnitud y la gravedad de la violencia de género, así como su atención sanitaria<sup>13</sup>; sin embargo, los hallazgos de este estudio apuntan a la necesidad de tener registros específicos que favorezcan la explotación combinada de las diferentes fuentes de información.

## Bibliografía

- Holder Y, Peden M, Krug E, editors. Injury surveillance guidelines Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA: World Health Organization; 2001. Disponible en: <http://www.who.int/entity/violence-injury-prevention/publications/surveillance-guidelines/en/index.html>
- United Nations. Declaration on the elimination of violence against women. United Nations; 1993. Disponible en: <http://www.un.org/rights/dpi1772e.htm>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Disponible en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2004/21760](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2004/21760)
- Concha-Eastman A. Violence: a challenge for public health and for all. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:597–9.
- Regidor Poyatos E. Sistema de información para la política sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín, JM, editores. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998. p. 125–45.
- Coll-Vinent B, Echevarría T, Farras, U, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22:7–10.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 2007. Disponible en: <http://www.msc.es>
- Ramsay J, Richardson J, Carter, YH, et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002;314–25.
- Mäkela M, Lappalainen M, Orse S. Separate health care registers: a study of national and regional patient registers in Finland. N.º 3 Helsinki: STAKES, Finnotha. 1997. Disponible en: <http://www.stakes.fi/finnotha/e/>
- Escribà-Agüir V, Barona-Vilar C, Calvo-Mas, C, et al. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit*. 2006;20:510–1.
- Rudman W. Coding and documentaron of domestic violence. Alpert E. Boston University School of Public Health and Medicine and James L. Family Violence Prevention Fund. December, 2000. Disponible en: <http://endabuse.org/userfiles/file/HealthCare/codingpaper.pdf>
- Weiss H, Gutiérrez MI, Harrison J, et al. The US National Violent Death Reporting System: domestic and international lessons for violence injury surveillance. *Injury Prevention*. 2006;12 Suppl 2:ii58–62. Disponible en: [http://injuryprevention.bmj.com/cgi/reprint/12/suppl\\_2/ii58](http://injuryprevention.bmj.com/cgi/reprint/12/suppl_2/ii58)
- Ortiz Fernández MD, Muñoz Cobos F, Martín Carretero, ML, et al. Detección de la violencia doméstica en atención primaria: ¿qué sabemos de las víctimas?. *Medicina de Familia (AND)*. 2004;2:1112–9.