

Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio



Public health interventions against hate violence

M. Ángeles Rodríguez-Arenas^{a,*}, M. Dolores Martín-Ríos^b y Christian Gil-Borrelli^a^a Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España^b Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España**Introducción**

En las últimas décadas, España ha experimentado importantes transformaciones sociodemográficas, pasando de ser una sociedad más o menos homogénea a una mucho más plural. Al rebufo de esa diversidad social ha aflorado el conflicto social en forma de prejuicios, intolerancia, discriminación y agresiones motivadas por la aversión al diferente, a lo que han contribuido las actuales condiciones económicas y ciertos mensajes arropados por algunos grupos políticos. Este tipo de actitudes y conductas conducen a los llamados –y últimamente muy mediáticos– incidentes o delitos de odio, que son causados por el rechazo hacia una característica de la víctima, como su origen étnico, nacionalidad, idioma, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, diversidad funcional o intelectual, u otro factor similar, sea o no real¹.

Pese a tratarse de un fenómeno que sucede globalmente, que no es nuevo, que tiene una magnitud considerable y un importante impacto sobre la salud de las personas, la implicación del sector salud en su respuesta es aún muy limitada y se ha centrado más en sus repercusiones sobre la salud mental (en especial desde que en 1987 la American Psychological Association se hizo eco de ellas²) y en sus consecuencias sociales, ya que el incidente que sufre una persona se expande y afecta al grupo al que pertenece, y puede conducir a una pérdida de cohesión social³. Siguiendo las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud (1996) respecto a la violencia, necesitamos acercarnos al problema de los incidentes de odio a la salud pública, sacándolos del paradigma exclusivo de la ley y el orden.

¿Qué es la violencia de odio?

Para la salud pública siempre ha resultado un desafío posicionarse frente al estudio y el abordaje de la violencia en general⁴. Además, la desatención académica por el tema provoca un sentimiento de falta de preparación en el conjunto de los profesionales de la salud. Sin embargo, es evidente que los incidentes de odio, además de ser atentados contra los derechos humanos, afectan a la salud de las personas que los sufren, y estas requieren una atención que va más allá del tratamiento de las lesiones físicas.

Ante la necesidad de un acercamiento desde el sector salud, se propone el término de «violencia de odio» para referirse al uso intencional de la fuerza o del poder físico 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 plazo. Asimilarla a otras formas de violencia la hace más familiar y permite el uso de herramientas y marcos conceptuales ya validados⁵.

El impacto en salud de la violencia

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la violencia interpersonal fue la tercera causa de muerte en personas de 15 a 29 años en 2015 (la segunda entre los hombres) y la octava causa en las de 30 a 49 años⁶. Aunque estas cifras ya son alarmantes, no hay que olvidar que son solo la punta del iceberg y que, por cada persona que muere, un número mayor necesita ingresar en un hospital, otro aún mayor requiere atención urgente y muchas más acuden a los centros de salud más cercanos o simplemente no buscan ayuda profesional⁷.

Pese al importante impacto de la violencia de odio en los servicios sanitarios, existen pocos datos sobre sus consecuencias no mortales^{8,9}. Entre los daños físicos, que pueden ser más graves que en otros tipos de violencia¹⁰, están las lesiones y heridas de cualquier gravedad y localización, en ocasiones incapacitantes. La hipertensión y la enfermedad cardiovascular también se han asociado a la discriminación por diferentes motivos^{11,12}. A ello se suman las importantes secuelas psicológicas y emocionales que pueden aparecer a corto, medio o largo plazo¹³ (terror, rabia, sentimientos de impotencia e indefensión, desconfianza, depresión, síndrome de estrés posttraumático), y también cambios conductuales (abuso de alcohol y otras drogas, prácticas sexuales de riesgo) y modificaciones en su relación con el medio (cambiar de barrio, evitar ciertos lugares, búsqueda de represalias, negación de la causa del incidente, etc.). Esta violencia extiende sus efectos a otras personas del mismo grupo que la víctima, provocándoles angustia, miedo, aislamiento, sentimiento de vulnerabilidad e impotencia, y causando gran malestar e inseguridad en la comunidad.

Los incidentes de odio en España

El compromiso de los organismos internacionales frente a los delitos de odio ha impulsado en España progresos en su abordaje, mediante la creación de fiscalías especializadas¹⁴, la mejora de los sistemas de información policial y la formación de las fuerzas de seguridad del Estado¹⁵, así como la sensibilización en el ámbito educativo¹⁶. El Ministerio del Interior publica datos anuales sobre los incidentes registrados, que en 2016 ascendieron a 1328¹⁷, si bien se estima que solo se denuncian un 10–20% de los casos, por

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: mararodriguez@isciii.es (M.Á. Rodríguez-Arenas).

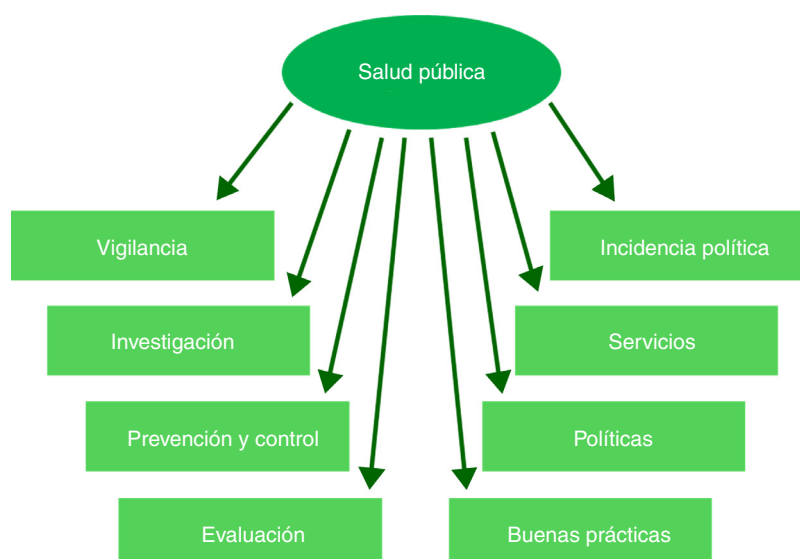


Figura 1. Papel de la salud pública en el estudio y la prevención de la violencia de odio. Fuente: Modificada de EuroSafe. Policy briefing 1 (2007). The role of public health in injury prevention⁷.

falta de confianza en las fuerzas de seguridad, normalización de la violencia, miedo a represalias, vergüenza y negación de los hechos, o por situaciones de sinhogarismo o irregularidad en el país. Por su parte, las organizaciones no gubernamentales españolas han desempeñado una importante labor en la visibilización de este tipo de incidentes¹⁸, elaborando programas y registros no oficiales^{19–22}.

¿Cuál es el papel de la salud pública?

Los servicios de salud deben garantizar una atención integral y de calidad que aborde la reparación de las lesiones físicas y psicológicas de la víctima, la valoración de su riesgo de nuevas agresiones y la derivación a recursos sociales en su caso. También es primordial la continuidad de los cuidados desde atención primaria y salud mental para prevenir o atenuar los posibles efectos a medio y largo plazo⁵.

La violencia de odio no sucede de forma aleatoria, es decir, puede prevenirse. Para ello es primordial la implicación de todo el sector salud, pero fundamentalmente de la salud pública, en su estudio y adecuado abordaje, como se viene reclamando desde distintos grupos^{23,24}. La salud pública tiene entre sus funciones el análisis de la magnitud del problema y de sus factores de riesgo y protección, el registro de casos, la vigilancia epidemiológica, la elaboración de estrategias y de protocolos de actuación, el desarrollo de programas de prevención y su evaluación, la investigación y la incidencia política para una adecuada toma de decisiones (fig. 1)⁷.

La detección, el registro y la vigilancia de la violencia de odio permitiría caracterizar mejor el fenómeno, geolocalizar los casos y lanzar hipótesis sobre los espacios de intervención^{25,26}, para fortalecer la promoción y la prevención, y para empoderar a las poblaciones vulnerables.

Es necesario trazar modelos conceptuales, indagar en las causas subyacentes²⁷, analizar conjuntamente diferentes motivos de discriminación²⁸, estudiar el acceso a los servicios de salud de las poblaciones afectadas, las percepciones y las actitudes del personal de salud hacia el fenómeno, y evaluar las intervenciones para mostrar las prácticas más eficaces y eficientes.

La investigación en salud es imprescindible para mejorar el conocimiento de la violencia de odio. La Agenda 2030 de Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (2015) apuesta por reducir significativamente todas las formas de violencia para lograr la paz. Pese a ello, hay quien cree que no es el momento de realizar

intervenciones a gran escala frente a la violencia interpersonal, y que quizá en una década se tenga la evidencia suficiente para hacerlo²⁹, si bien hay quien señala la urgencia de actuar ya, empezando por visibilizar el impacto de este grave problema ante los líderes políticos, los profesionales de la salud pública y la población³⁰.

¿Cuáles son los desafíos en salud pública en España?

La prevención de la violencia de odio puede beneficiarse de la experiencia en la actuación frente a otros tipos de violencia, principalmente de género y maltrato infantil, así como de experiencias específicas realizadas en otros países^{7,25,26,28}. Las acciones prioritarias serían:

- Estandarización de la recogida de datos sobre violencia de odio, e identificación y evaluación de los sistemas de información existentes.
- Establecimiento de un protocolo de actuación estatal que asegure una atención específica y de calidad, ajustada a las necesidades de las víctimas de violencia de odio⁵.
- Inclusión de la formación sobre el abordaje de las consecuencias de las distintas formas de violencia en las disciplinas relacionadas con la salud.
- Fomento de la prevención primaria de la violencia de odio, implicando las intervenciones de organizaciones no gubernamentales.
- Liderazgo del sector salud en la coordinación, junto con otras partes interesadas, institucionales y de la sociedad civil, de una respuesta multisectorial, integral y mantenida, para atender y prevenir todas las formas de violencia, incluida la violencia de odio.

La prevención de la violencia de odio pasa, inexcusablemente, por fomentar la igualdad y la equidad en todas las políticas, atendiendo a la diversidad, desde un enfoque de derechos humanos y con perspectiva de género.

Contribuciones de autoría

M.A. Rodríguez Arenas diseñó el documento y redactó el manuscrito y las revisiones sucesivas. C. Gil Borrelli contribuyó al diseño y la redacción del borrador inicial. M.D. Martín-Ríos contribuyó de

forma fundamental en la revisión del documento. Las opiniones expresadas son las de las personas firmantes y no representan necesariamente la posición oficial del Instituto de Salud Carlos III ni del Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Financiación

Acción Estratégica en Salud 2013: PI13/02267

Conflictos de intereses

Ninguno.

Apéndice. Material adicional

Puede encontrar material suplementario a este artículo en la versión online del artículo, en [doi:10.1016/j.gaceta.2017.10.013](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.013).

Bibliografía

- Preventing and responding to hate crimes. A resource guide for NGOs in the OSCE region. OSCE's Office for Democratic Institutions and Human Rights (ODIHR). Warsaw; 2009.
- Paige RU. Proceedings of the American Psychological Association for the Legislative Year 2004: Minutes of the Annual Meeting of the Council of Representatives, February 20–22, 2004, Washington, DC, and July 28 and 30, 2004, Honolulu, Hawaii, and Minutes of the February, April, June, August, October, and December 2004 Meetings of the Board of Directors. *American Psychologist*. 2005;60:436–511.
- Weiss JC, Ephross PH. Group work approaches to "hate violence" incidents. *Social Work*. 1986;132–6.
- Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:63–70.
- 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)*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.017>, pii: S0025-7753(17)30503-1, [Epub ahead of print].
- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. (Consultado el 10/7/2017.) Disponible en: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/
- Sethi D. The role of public health in injury prevention. Policy briefing 1. EuroSafe; 2007. Disponible en: http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Policy%20briefing%201%20public%20health_0.pdf
- Hutson HR, Anglin D, Stratton G, et al. Hate crime violence and its emergency department management. *Ann Emerg Med*. 1997;29:786–91.
- Barnes A, Ephross PH. The impact of hate violence on victims: emotional and behavioral responses to attacks. *Social Work*. 1994;39:247–51.
- Fetzer MD, Pezzella FS. The nature of bias crime injuries: a comparative analysis of physical and psychological victimization effects. *J Interpers Violence*. 2016, pii: 0886260516672940. [Epub ahead of print].
- Harrel JP, Hall S, Taliaferro J. Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *Am J Public Health*. 2003;93:243–8.
- Rodríguez Arenas MA, Latasa Zamalloa P, Gil Borrelli CC, et al. Salud, discriminación y orientación sexual en mujeres en España. *Gac Sanit*. 2017;31:273 (Espec Congr).
- Wallace S, Nazroo J, Bécarea L. Cumulative effect of racial discrimination on the mental health of ethnic minorities in the United Kingdom. *Am J Public Health*. 2016;106:1294–300.
- Güerri Ferrández C. La especialización de la fiscalía en materia de delitos de odio y discriminación. *InDret*. 2015;1:1–33.
- Antón C, Quesada C, Aguilar MA, et al. 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.
- Antón C, Aparicio R, García R, et al. 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.
- 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.
- Redes contra el odio. FELGTB. Madrid; 2015. (Consultado el 29/5/2017.) Disponible en: <http://www.plataformaong.org/conferencia/wp-content/uploads/2014/11/dossierRCOFINAL.pdf>
- Observatorio Madrileño de la Homofobia, Bifobia y Transfobia. Arcópoli. Madrid; 2016. (Consultado el 29/5/2017.) Disponible en: <http://contraelodio.org/>
- Los delitos de odio contra las personas sin hogar. Informe de investigación. RAIS Fundación. Madrid; 2015. (Consultado el 29/5/2017.) Disponible en: http://hatento.org/wp-content/uploads/2015/06/informe-resultados-digital_DEF.pdf
- Rodríguez Gimenez E, Longares Hernández E, Parpal G, et al. L'estat de l'homofobia a Catalunya 2015. Barcelona: Observatori Contra l'Homofobia; 2016.
- Informe RAXEN. Especial 2009. Movimiento contra la intolerancia. Madrid; 2009.
- Horton R. Offline: Racism – the pathology we choose to ignore. *Lancet*. 2017;390:14.
- Hardeman RR, Medina EM, Kozhimannil KB. Structural racism and supporting black lives –the role of health professionals. *N Engl J Med*. 2016;375:2113–5.
- Bellis MA, Leckenby N, Hughes K, 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.
- Florence C, Shepherd J, Brennan I, et al. Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ*. 2011;342:d3313.
- Marmot M. Injury prevention: addressing the social determinants. *Inj Prev*. 2010;16 Suppl 1:A277.
- Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am J Public Health*. 2012;102:936–45.
- Mikton CR, Tanaka M, Tomlinson M, et al. Global research priorities for interpersonal violence prevention: a modified Delphi study. *Bull World Health Organization*. 2017;95:36–48.
- Mercy JA. Global violence prevention. *Am J Prev Med*. 2016;50:660–2.