

Reseñas de Investigación.

Estudio de sensibilidad de los sistemas de información sanitarios en relación con la violencia de género

05/06/2009

Emilio Torres, M^a Luz Carro, Margarita Eguiegaray, Vicente García, Elvira Muslera y Carmen Natal.

En línea con lo sugerido por la OMS, el presente trabajo puede considerarse un primer paso para sentar las bases de un sistema de información que recoja la diversidad de los casos de violencia de género (VG) que al menos llegan al sistema sanitario. En cuanto a las limitaciones del estudio es relevante que un 10% de casos se han perdido debido a la imposibilidad de la identificación de datos personales. Es destacable la dificultad para garantizar la fiabilidad de los registros cuando la descripción (diagnóstico y codificación) del episodio la realizan muchos profesionales, lo que conlleva una gran heterogeneidad en este tipo de trabajos.

Introducción

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo, que afecta principalmente a las mujeres. Naciones Unidas define la violencia de género (VG) como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación de la libertad tanto en la vida pública como privada. Es, sin lugar a dudas, un fenómeno complejo cuya primera dificultad está en la elección de criterios universales para su identificación y diagnóstico¹.

En este sentido, se reconoce el papel que juegan los servicios sanitarios y sociales en la atención al maltrato. Es importante distinguir que las mujeres que sufren violencia pueden acudir, antes de reconocer el maltrato o después de hacerlo, a cualquiera de los agentes sociosanitarios en busca de información o ayuda. Estos contactos obedecen a necesidades diferentes, - pedir protección, denunciar la agresión, sentirse enferma, preguntar que será de sus criaturas en una hipotética separación, inscribirse en el paro o reciclarse para trabajar,...-, si bien todas estas situaciones están originadas por una causa común: su situación de maltrato, reconocida o no.

Dadas estas circunstancias, los signos y señales que pueden ayudar a la identificación del maltrato suelen aparecer ocultos bajo los síntomas de otras enfermedades o problemas de salud, por lo que el diagnóstico precoz por parte del profesional que la atiende puede resultar muy difícil. La mayoría de autores hablan de un proceso de la violencia, donde no es fácil identificar el momento en el que se inicia. Walker²,

por ejemplo, describe el ciclo de la violencia en tres fases: acumulación o generación de tensión, agresión o descarga de la tensión y, tras el ataque, la etapa de arrepentimiento. Este ciclo se puede repetir a lo largo de los años. De ahí la dificultad por parte de las propias mujeres de darse cuenta del inicio y del momento en que se encuentran.

Algunos autores explican la actitud de la mujer frente a los servicios a los que acude y los posibles apoyos que se le ofrecen, a través del modelo transteórico de los pasos del cambio (de la precontemplación al mantenimiento) de Prochaska y Di Clementi³. En las primeras etapas, de precontemplación, la mujer no tiene conciencia de su maltrato, por lo que será necesario que lo reconozca y posteriormente comenzar a trabajar para producir los cambios. Así resulta que la identificación del maltrato presenta dificultades en un doble sentido, por la falta de precisión en el discurso de la mujer -en muchas ocasiones- y por la escasa formación de los profesionales en la identificación de este tipo de diagnóstico. Por lo tanto, se hace necesario determinar cómo y cuándo se identifica la GV en el Sistema Sanitario.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la Sanidad Pública cuente con sistemas de información que permitan dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos⁴. La necesidad de reunir a varias fuentes de información para el estudio de la violencia ha sido valorada por otros autores anteriormente, como lo refleja la experiencia del US National Violent Death Reporting System, que mejora la calidad de la información sobre las muertes violentas mediante el cruce de los datos existentes en los diversos registros, fundamentalmente porque cada uno de ellos recoge aspectos diferentes y mediante su agregación se posibilita un análisis y estudio mucho más profundo y completo. Krug et al.⁵ reseñan las principales fuentes de información para el análisis sobre la violencia desde una perspectiva de salud pública: encuestas, historias clínicas, registros poblacionales o específicos, etc.

Dada la alta prevalencia de VG, afecta al 9,6% de las mujeres en España⁶, los sistemas de información deben reflejar las situaciones de maltrato como un episodio específico y como desencadenante de otras enfermedades y atenciones sanitarias.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de los sistemas de información en la identificación de la VG, relacionar la información contenida en cada uno de ellos y evaluar la sensibilidad de los diferentes dispositivos sanitarios para diagnosticar a mujeres que la sufren.

Metodología

De los registros disponibles, se escogen aquellos que están digitalizados y que se pueden analizar según unos criterios de calidad preestablecidos: precisión y exhaustividad de los datos y de los casos y oportunidad y fidelidad de la codificación. Así, se han seleccionado cuatro sistemas de información: Tres son asistenciales y el cuarto registra los partes médicos que se envían al Juzgado en los casos de GV. Las principales características de estos sistemas de información son las siguientes:

1. La historia clínica informática de Atención Primaria (OMI-AP): su uso se generaliza en el año 2002 y cubre a toda la población.
2. Registro Acumulativo de casos Psiquiátricos (RACP). Registra la atención prestada por los distintos servicios de Salud Mental. Se pone en marcha en 1986 y cubre a toda la región.
3. Registro Acumulativo de Casos de Atención Psicosocial a mujeres que sufren violencia (RACP-Psico). Está incluido en el RACP pero solo recoge información específica de las mujeres que acuden al programa de atención psicosocial a mujeres que sufren violencia de género. Este registro se inicia en 2005.
4. Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA). Registra los partes médicos que se envían al Juzgado en los casos de VG. Se pone en marcha en 2004 y su cobertura es regional.

De cada uno de los sistemas de información mencionados se seleccionan sus variables precodificadas: fecha de nacimiento, episodio, derivación, etc. Se descartan los campos abiertos o de texto libre, debido a la dificultad de su sistematización.

El período de estudio se extiende desde el inicio de los sistemas de información hasta julio de 2007, siendo el ámbito territorial Asturias.

Se define como caso una mujer mayor de 14 años que tiene registrada alguna de las siguientes situaciones en cada uno de los sistemas de información:

1. OMI-AP: se incluyen como casos todas aquellas mujeres que tengan un episodio registrado con los códigos Z12, (problemas de relación entre cónyuges, incluye abuso psíquico o emocional) o Z25 (problemas derivados de la violencia o agresiones, incluye abuso físico por hijo o cónyuge, violación,

agresión sexual) de la ICPC-2. En ambos diagnósticos se requiere el acuerdo de la paciente acerca de la existencia del problema.

2. RACP: se incluyen como caso todas aquellas mujeres que tienen codificado un episodio Y05 (agresión sexual, uso de la fuerza física para violar o actos de sodomía) o Y07 (otras agresiones o maltrato, negligencia, abandono, tortura) de la ICD-10.
3. RACP-Psico: todos los casos de este registro, ya que por definición este programa solo atiende a mujeres que son o han sido víctimas de VG.
4. VIMPA: todos los casos, ya que este registro se nutre de los partes médicos que los facultativos envían al juzgado en las situaciones de VG.

Atendiendo a los requisitos establecidos en la legislación española en materia de protección de datos y a los criterios de confidencialidad del SESPA, se realiza un procedimiento de anonimato, reemplazando los campos alfanuméricos de la TSI por sus códigos hash. Así se consigue cruzar la información de los diferentes registros sin utilizar los datos personales identificativos.

Para medir la sensibilidad de cada registro en el reconocimiento de la violencia se estima la proporción de casos diagnosticados en cada sistema respecto del total de los casos diagnosticados en todos los sistemas en su conjunto. Se asume que todas las mujeres diagnosticadas en cada uno de los registros sufren VG, es decir la especificidad es del 100%.

Por último se estima la sensibilidad de los registros generales respecto de los específicos.

Resultados

Se identifican correctamente a 2,656 mujeres con episodio de VG en alguno de los registros estudiados. La mayoría de estas pacientes, el 88.18%, sólo son diagnosticadas con VG en un único sistema de información. Es decir, si bien tienen una historia clínica abierta en alguno de los otros sistemas de información, no hay referencias expresas a situaciones de violencia (Tabla 1).

Tabla 1: Mujeres diagnosticadas con de VG en los sistemas de información sanitarios

Diagnosticada con VG	Mujeres	Porcentaje
Sólo en un registro	2,342	88.18
Sólo en dos registros	288	10.84
En tres registros	23	0.87
En los cuatro registros	3	0.12
Total	2,656	100.00

En la Tabla 2 se presentan los principales resultados respecto a la cobertura, diagnóstico y sensibilidad de los diferentes registros. Destaca que a atención primaria acuden en algún momento el 96.08% de las mujeres que han sido diagnosticadas de maltrato en el cruce de registros; de ellas se diagnostican en Atención Primaria el 55.76%, lo que supone una sensibilidad para la detección de la violencia del 53.57%. El registro VIMPA recoge el 40.39% de las mujeres que han sido identificadas como víctimas de violencia en el cruce de registros, y como todas son víctimas de violencia, su sensibilidad se mantiene en esa cifra. La sensibilidad para la detección del RACP y de RACP-Psico es significativamente menor, del 3.16% y 15.77%, respectivamente.

Tabla 2: Cobertura, sensibilidad y detección de los sistemas de información sanitarios en relación con la violencia de género

	OMI-AP	RACP	RACP-Psico	VIMPA
Mujeres con historia clínica	2,552	1,037	419	1,073
Diagnosticadas con GV	1,423	84	419	1,073
Cobertura	96.08 %	39.04 %	15.77 %	40.39 %
Detección	55.76 %	8.10 %	100.00 %	100.00 %
Sensibilidad	53.57 %	3.16 %	15.77 %	40.39 %

Por último, el cruce de los registros generales de Atención Primaria y de Salud Mental con los específicos de violencia de género, RACP-Psico y VIMPA, muestra que los registros generales sólo recogen aproximadamente el 17% de los casos detectados por los registros específicos (Tabla 3).

Tabla 3: Relación de los registros generales con los específicos de GV

(r)2-5(l)4-5 (r)2-3(l)4-5	Mujeres con			
	Historia clínica		Diagnóstico de GV ^a	
	n	%	n	%
VIMPA (n=1,073)				
Atención P rim aria	993	92.54	189	17.61
Salud Mental	574	50.97	10	0.93
RACP -Psico (n=419)				
Atención P rim aria	393	93.79	54	12.88
Salud Mental	419	100.00	75	17.89
^a Episodio Z12 o Z25 (OMI-AP); Y05 o Y07 (RACP).				

En particular puede observarse que el 92.54% de las 1073 mujeres registradas en el VIMPA dispone de historia clínica en el OMI-AP, pero sólo el 17.61% de esas mujeres consta con un episodio de violencia en

Atención Primaria. Algo similar sucede con el VIMPA y el registro de Salud Mental: El 50.97% de las mujeres del VIMPA dispone de historia de Salud Mental, pero sólo el 0.93% de las mismas está identificada con un episodio Y05 o Y07. Respecto a las 419 mujeres atendidas en RACP-Psico, el 93.79% dispone de historia clínica en Atención Primaria, y sólo el 12.88% están diagnosticadas con Z05 o Z12 en Atención Primaria

Discusión

Ninguno de los sistemas de información evaluados recoge más del 50% del total de los casos de violencia identificados en el cruce de los mismos. Por ello no parece recomendable considerar ninguno de ellos como fuente de información única para estimar la magnitud del problema, ni siquiera desde el punto de vista de la atención sanitaria. En general, la calidad de los registros es mejor en los sistemas específicos (RACP-PSICO, VIMPA) que en los generales (OMI-AP, RACP).

Si se consideran los sistemas de información aisladamente, la magnitud y la variedad o heterogeneidad del problema quedan muy infravaloradas. Y aunque la mejor fuente de información para la estimación de la magnitud de la violencia sean las encuestas, los casos que son reconocidos y registrados en el sistema sanitario presentan características diferenciadas, en cuanto a edad, duración del maltrato, estadio de reconocimiento del mismo, entre otras, cuyo conocimiento resulta de gran importancia para el manejo clínico y tratamiento de las afectadas.

Si bien Atención Primaria atiende al 96% de las mujeres identificadas en el cruce de registros, su sensibilidad de detección disminuye al 53,6%. Entre las causas de esta baja sensibilidad es posible considerar, los diferentes momentos del ciclo del maltrato en que se presenta la mujer a la consulta, que contribuyen a elaborar demandas diferentes y a su vez a expresar su malestar de formas distintas. Es así, que los profesionales tienden a diagnosticar las enfermedades o problemas de salud separadamente, en lugar de relacionarlos con alguna causa común como podría ser el maltrato.

También es posible que las mujeres describan su situación de maltrato, pero se pueda producir una falta de respuesta por parte del personal sanitario, ya sea por la dificultad en la identificación del problema, ya sea porque, aunque lo identifique, lo apunte en la historia clínica.

En línea con lo sugerido por la OMS, el presente trabajo puede considerarse un primer paso para sentar las bases de un sistema de información que recoja la diversidad de los casos de VG que al menos llegan al sistema sanitario.

En cuanto a las limitaciones del estudio es relevante que un 10% de casos se han perdido debido a la imposibilidad de la identificación de datos personales. Es destacable la dificultad para garantizar la fiabilidad de los registros cuando la descripción (diagnóstico y codificación) del episodio la realizan muchos profesionales, lo que conlleva una gran heterogeneidad en este tipo de trabajos.

Bibliografía:

1. Krantz G. *Violence against women: a global public health issue. J Epidemiol Community Health* 2002;56:242-3.
2. Walker Lenore. *The Battered Woman Syndrome. New York: Springer; 1984.*
3. Zink T, Elder N, Klosterman B. *Medical management of intimate partner violence considering the stage of change: precontemplation and contemplation. Annals of Family Medicine* 2004;2(3):231-239.
4. World Health Organization. *World Health Organization Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. World Health Organization; 2002.*
5. Krug EtienneG, Dahlberg LindaL, Mercy JamesA, Zwi AnthonyB, Lozano Rafael. *World report on violence and health. Geneve: World Health Organization; 2002. Document available at <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, accessed 1 September 2007.*
6. Instituto de la Mujer. *III Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Instituto de la Mujer. Madrid; 2006. <http://www.mtas.es/mujer/>.*

Palabras clave:

violencia de género
sistemas de información sanitarios

Autores:

Emilio Torres, M^a Luz Carro, Margarita Eguiegaray, Vicente García, Elvira Muslera y Carmen Natal.

Nº:3 de 2009