



INFORME ANUAL DE LA COMISIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

2024

Este documento ha sido aprobado por la Comisión frente a la Violencia en los niños, niñas y adolescentes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CoViNNA) el 5 de febrero de 2026

Cita sugerida: Ministerio de Sanidad. Informe anual de la Comisión frente a la Violencia en los niños, niñas y adolescentes. 2024. Madrid; 2026

Informe anual de la CoViNNA 2024

2024

Contenido

Abreviaturas.....	8
1. Introducción.....	10
1.1 Justificación del informe	10
2. Datos de violencia de fuentes generales.....	10
3. Datos de violencia obtenidos en el sistema sanitario	15
3.1 Definición caso de violencia.....	15
3.2 Codificación.....	17
3.2.1 Clasificación internacional de enfermedades (CIE)	17
3.2.1 Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)	17
3.3 Fuentes.....	17
3.3.1 Ministerio de Sanidad.....	17
3.3.2 CC. AA.	34
3.4 Análisis y resumen de los datos sobre violencia contra la infancia y adolescencia en el sistema sanitario	35
4. Actuaciones de la CoViNNA	36
4.1 Composición de la CoViNNA	36
4.2 Grupos de trabajo	36
4.2.1 Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo	36
4.2.2 Grupo de Trabajo de Formación.....	36
4.3 Otras acciones coordinadas por la secretaría de la CoViNNA	37
4.3.1 Jornada de presentación del Protocolo Común de Actuación Sanitaria	37
4.3.2 Página web	37
4.3.3 Consultas	37
4.4 Acciones de las CC. AA. en el marco de la CoViNNA.....	38
5. Anexos.....	52

5.1	Anexo 1: codificación CIE-9MC para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia.....	52
5.2	Anexo 2: codificación CIE-10 ES para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia.....	53
5.3	Anexo 3: CIAP con sus extensiones.....	58
5.4	Anexo 4: Metodología.....	59
5.5	Anexo 5 Gráfico completo de la duración de la estancia en días	60
5.6	Anexo 6: Composición CoViNNA.....	60
5.7	Anexo 7: composición Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia.....	61
5.8	Anexo 8: composición del Grupo de Trabajo para Formación	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de los datos del RUMI de 2015 a 2023. *Tasa: Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años	12
Tabla 2. Evolución desglosada por ámbito de procedencia 2017-2021.....	13
Tabla 3. Clasificación de violencia frente a niños, niñas y adolescentes.....	15
Tabla 4. Codificaciones utilizadas en CC. AA.	17
Tabla 5. Evolución anual del número de casos de violencia contra la infancia y adolescencia reportados por el sistema de salud según el tipo de contacto.....	19
Tabla 6. Distribución anual de eventos de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones desglosados por sexo, junto con las proporciones relativas a la población correspondiente.	20
Tabla 7. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, segmentados por grupos de edad para el periodo 2016-2023.	20
El aumento observado en el número absoluto de casos y en las tasas podría no reflejar un incremento real en la incidencia de la violencia contra la infancia. Esta tendencia podría deberse, en cambio, a una mejora en los mecanismos de notificación y detección de los casos en hospitalización.Tabla 8. Tasas anuales por 100.000 de habitantes de los respectivos grupos de edad de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, desglosadas por grupos de edad para el periodo 2016-2023.....	21
Tabla 9. Tasas anuales de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones por 100.000 personas menores de 18 años de cada CC. AA. anonimizadas.	22
Tabla 10. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones en población nacida en España y en el extranjero, junto con las tasas por 100.000 personas menores de edad.....	22
Tabla 11. Distribución anual del número de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones desglosadas por tipo de alta. Se muestra la evolución desde 2016 hasta 2023, así como el total acumulado.....	23

Tabla 12. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, clasificados según códigos CIE y tipo de maltrato, durante el periodo 2016-2023.....	24
Tabla 13. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, clasificados según el tipo de persona agresora cuando este es conocido, durante el periodo 2016-2023.....	26
Tabla 14. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones según el sexo de la persona agresora.....	27
Tabla 15. Distribución anual de casos positivos de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias desglosados por sexo, junto con las proporciones relativas a la población en 2023 y 2016-2023.....	27
Tabla 16. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, segmentados por grupos de edad para el periodo 2016-2023 y 2023.	28
Tabla 17. Tasas anuales por 100.000 de habitantes de los respectivos grupos de edad de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, desglosadas por grupos de edad para el periodo 2016-2023 y 2023.....	28
Tabla 18. Tasas anuales de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias por 100.000 personas menores de 18 años de cada CC. AA. anonimizadas.	29
Tabla 19. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias en población nacida en España y en el extranjero, junto con las tasas por 100.000 de habitantes en 2023 y 2016-2023.....	30
Tabla 20. Distribución anual del número de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias desglosadas por tipo de alta en 2023 y 2016-2023.	30
Tabla 21. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, clasificados según códigos CIE-10 y tipo de violencia, durante el periodo 2016-2023 y 2023.	31
Tabla 22. Distribución por tipo de violencia, sexo y edad para el total de casos recogidos en urgencias en el periodo 2016-2023.	31
Tabla 23. Distribución por tipo de violencia, sexo y edad para el año 2023 de casos recogidos en urgencias.	32
Tabla 24. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, clasificados según el tipo de persona agresora cuando este es conocido, durante el periodo 2016-2023....	33
Tabla 25. Número de ocurrencias de los pares de violencias en las personas menores de edad que sufren más de un tipo de violencia.	34
Tabla 26. Comparativa de los casos registrados en RUMI procedentes del ámbito sanitario frente a los registros obtenidos en CMBD.....	35
Tabla 27. Sesiones celebradas por la CoViNNA en el año 2024.	36
Tabla 28. CC.AA que han aprobado o actualizado su legislación.	38
Tabla 29. Guías y/o protocolos de actuación por CC.AA.	39
Tabla 30. Planes estratégicos por CC.AA. y Ciudades Autónomas	41
Tabla 31. Comisiones, comités, grupos de trabajo, servicios y unidades creadas.....	42
Tabla 32. CC. AA. que refieren reuniones de coordinación con otros ámbitos.	44
Tabla 33. CC.AA que refieren actividades y proyectos relacionados con la prevención y abordaje de la violencia.....	45
Tabla 34. Sistemas de registros por CC.AA.....	46
Tabla 35. CC.AA que han actualizado las hojas de notificación.	48
Tabla 36. CC.AA que han modificado su historia clínica.....	48
Tabla 37. CC.AA que han participado en el El Proyecto conjunto de la Unión Europea y el Consejo de Europa “Barnahus en España – Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia entre los diferentes servicios tipo Barnahus en las regiones de España.	48
Tabla 38. Acciones formativas impulsadas por CC.AA. y Ciudades Autónomas.	50
Tabla 39. codificación CIE-9MC para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia.	52

Tabla 40. codificación CIE-10 ES para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia	53
Tabla 41. codificación CIAP para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia	58
Tabla 42. Composición CoViNNA.....	60
Tabla 43. composición Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia.....	61
Tabla 44. composición del Grupo de Trabajo para Formación.	62

Índice de figuras

Figura 1. Número de notificaciones al RUMI por sexo. Evolución 2019-2023	13
Figura 2. Número de notificaciones al RUMI por sector. Evolución 2019-2023	13
Figura 3. Pirámide poblacional según edad y sexo para hospitalizaciones.....	21
Figura 4. Distribución anual de la duración de la hospitalización (en días) de los casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones.	24
Figura 5. Distribución anual de la duración de la hospitalización (en días) de los casos confirmados de violencia contra la infancia en hospitalizaciones. Se incluyen todos los outliers.....	60

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y
EQUIDAD EN SALUD. MINISTERIO DE SANIDAD**

Pedro Gullón Tosio. Director General de Salud Pública y Equidad en Salud

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL INFORME

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN,
PREVENCIÓN Y EQUIDAD EN SALUD. DIRECCIÓN
GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN
SALUD**

Estefanía García Camiño. Subdirectora General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud

María Terol Claramonte. Subdirectora Adjunta de Promoción, Prevención y Equidad en Salud

Soledad Justo Gil. Jefa del área Prevención

Gloria Calderón Nájera. Técnica Superior del área de Prevención

**CENTRO DE COORDINACIÓN DE ALERTAS Y
EMERGENCIAS (CCAES)**

**Análisis estadístico de los datos de violencia
provenientes de Registro de Actividad de
Atención Especializada (RAE-CMBD)**

Arturo del Cerro Vergara

Purificación Hernández López

Juan Alejo Juaneda

Elena Vanessa Martínez Sánchez

Fernando Simón Soria

**COMISIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA EN LOS
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (CoViNNA) DEL
CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD (CISNS)**

Manuel Fernández Zurbarán (Andalucía)

Antonio Garrido Porras (Andalucía)

Mercedes Febrel Bordejé (Aragón)

María Fernández López (Asturias)

Ángel José López Díaz (Asturias)

Lydia Salvador Sanchez (Castilla y León)

María Eugenia Angulo Moreno (Canarias)

Lila Damas Plasencia (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

Ana Cristina Peñalba Citores (Cantabria)

Albert Giménez Masat (Cataluña)

Marta Biempica Crespo (Cataluña)

Antonia Palomo Fernández (Ceuta)

Mercedes Marbán Calzón (Castilla la Mancha)

Ramón Garrido Palomo (Castilla la Mancha)

Yolanda Márquez Polo (Extremadura)

María José Macías Ortiz (Extremadura)

Josefina Monteagudo Romero (Galicia)

María García Pérez (Galicia)

Juan Carlos de Carlos Vicente (Islas Baleares)

Aida Bonvehí Soldevila Islas (Baleares)

Eva Martínez Ochoa (La Rioja)

Mª Puy Martínez Zárate (La Rioja)

Marisa Martínez Blanco (C. Madrid)

Laura Barroso Cariñanos (C. Madrid)

- Natalia Martínez Ladaga (Melilla)
- Luisa Fernanda Hermoso Castro (Melilla)
- Carmen Martínez Moreno (Murcia)
- Beatriz Garnica Martínez (Murcia)
- Mª Antonia Belmonte Gómez (Murcia)
- Elena Antoñanzas Bartzán (Navarra)
- Ana Mª Fernández Navascués (Navarra)
- Maite Paino Ortuzar (País Vasco)
- Carmen Díez Sáez (País Vasco)
- Enrique Soler Bahilo (C. Valenciana)
- Sonia Alcover Giménez (C. Valenciana)
- Silvia Cano Moreno (INGESA)
- Idoia Sainz-Trápaga Sáez de Villareal (Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones de las Cortes)
- Marta Grijalba Mazo (Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones de las Cortes)
- José Ignacio Pérez Candás (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria - AEPap-AEPED)
- Jesús García Pérez (Sociedad Española de Pediatría Social y Extrahospitalaria- SEPEAP-AEPED)
- Carmen Vidal Palacios (Sociedad Española de Pediatría Social-SEPS-AEPED)
- Anna Fabregas Martori (Sociedad Española de Pediatría Social-SEPS-AEPED)
- Josefina Patiño Masó (Asociación Española de Enfermería pediátrica-AEEP)
- Rosario Riestra Rodríguez (Asociación Española de Enfermería pediátrica-AEEP)
- Ignacio Rucandio Alonso (OSM). Técnico externo a través de encomienda con TRAGSATEC
- Juan Álvarez Hernando (Ministerio de Igualdad)
- Miriam Segovia Moreno (Ministerio de Juventud e Infancia)
- María Isabel De la Rosa Díaz (Ministerio de Juventud e Infancia)
- Carolina Cano Rosa (Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes)
- Carmen María Sánchez Merchán (Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes)
- Miguela Arévalo García Gasco (Asociación Española de Trabajo Social y Salud)
- Cristina Rodríguez Blanco (Asociación Española de Trabajo Social y Salud)
- Alma Martínez de Salazar Arboleas (Plataforma De Asociaciones de Profesionales por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia)
- Agradecimientos a antiguos miembros de CoViNNA que han participado durante el desarrollo del informe:**
- Jorge del Diego Salas (Andalucía)
- Ignacio Sánchez-Barranco Vallejo (Andalucía)
- Inés Zamanillo Rojo (Asturias)
- María José García Mérida (Canarias)
- María Dolores Hernández Gil (Murcia)
- Salomé Matoses Jaén (Valencia)
- Rosa María López Rodríguez (OSM)
- Alicia Aguilar Gutierrez (Ministerio de Juventud e Infancia)
- Silvia Rodríguez Novoa (Ministerio de Juventud e Infancia)
- Martha Villabona García (Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes)

Abreviaturas

AH: Atención Hospitalaria

AP: Atención Primaria

BDCAP: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

CC. AA.: Comunidades y Ciudades Autónomas

CCFFSS: Cuerpos y Fuerzas de Seguridad

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CEPIA: Consejo Estatal de Participación de la Infancia y la Adolescencia

CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria

CIE-9MC: Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^ª Revisión, Modificación Clínica. Edición Española

CIE-10 ES: Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^ª Revisión, Modificación Clínica. Edición Española

CIP: Código de Identificación Personal

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CoViGe: Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CoViNNA: Comisión frente a la violencia contra la infancia y adolescencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

HCE: Historia clínica electrónica

RAE-CMBD: Registro de Actividad de Atención Especializada-Conjunto Mínimo Básico de Datos

LOPIVI: Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NNA: Niños, niñas y adolescentes

RCIVIA: Registro Central de información sobre la violencia contra la infancia y la adolescencia

RUMI: Registro Unificado de Maltrato Infantil

RUSSVI: Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria SNS: Sistema Nacional de Salud

SSSS: Servicios Sociales

TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación

1. Introducción

La violencia contra la infancia y adolescencia afecta a la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida de las personas, familias y la sociedad en su conjunto, constituyendo por tanto una cuestión de salud pública, que se puede detectar, prevenir y abordar, a través de medidas sistemáticas basadas en evidencia científica.

1.1 Justificación del informe

Siendo conscientes de este grave problema en 2021 se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI)¹, que persigue establecer un nuevo paradigma de prevención y protección a través de una aproximación integral, teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud. La norma establece medidas de promoción del buen trato, prevención, protección, detección precoz, notificación, asistencia, reintegración de derechos vulnerados y recuperación de la víctima dirigidas a todas las administraciones, y en particular para el sistema sanitario ya que por su accesibilidad y por la relación tan estrecha y continuada con la ciudadanía, es el ámbito adecuado para llevar a cabo estas acciones. Siempre teniendo en cuenta la corresponsabilidad y coordinación con otros ámbitos, como educación, protección o justicia, para un abordaje integral.

En su Artículo 39 esta Ley recoge la creación de una Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que apoyará y orientará la planificación de las medidas con incidencia sanitaria contempladas en la ley, y elaborará un protocolo común de actuación sanitaria, que evalúe y proponga las medidas necesarias para la correcta aplicación de la ley y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia. Además, se recoge la elaboración, también por parte de dicha comisión, de un informe anual, que incluirá los datos disponibles sobre la atención sanitaria de las personas menores de edad víctimas de violencia, desagregados por sexo y edad, así como información sobre la implementación de las medidas con incidencia sanitaria contempladas en la ley. Este informe será remitido al CISNS y al Observatorio Estatal de la infancia, y sus resultados serán incluidos en el informe anual de evaluación de la Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia.

Por ello, con el convencimiento de que es imprescindible tener datos e información sobre el abordaje de la violencia en el SNS para poder conocer la magnitud de la situación y dimensionar las medidas a desarrollar, se elabora anualmente este informe sirviendo de situación de partida, y a partir del cual se plantearán las medidas necesarias para optimizar tanto el registro como la recolección de los datos y de las acciones de prevención y abordaje de la violencia frente a niños, niñas y adolescentes (NNA) dentro del SNS.

Se pueden consultar los informes previos en la web de la CoViNNA².

2. Datos de violencia de fuentes generales

El Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) constituye el sistema estatal de información estadística para la recogida y análisis de notificaciones de sospecha de situaciones de violencia sobre NNA en España. Aunque su uso por parte de los operadores no fue generalizado hasta después de 2012, desde 2014 todas las autonomías aportan datos de forma sistemática. Su desarrollo y consolidación como operación estadística

¹ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>

²Web CoViNNA <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/CoViNNA.htm>

oficial fue impulsado por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, y más recientemente reforzado por la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), que establece la necesidad de contar con información desagregada y actualizada sobre la violencia en este grupo de población. En este contexto, por mandato de la LOPIVI está previsto el desarrollo de una nueva aplicación denominada Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia (RUSSVI), que sustituirá al actual sistema. Paralelamente, también, se creará el Registro Central de información sobre la violencia contra la infancia y la adolescencia (RCIVIA). A fecha de elaboración de este informe en desarrollo³.

El RUMI proporciona datos relevantes sobre la tipología de la violencia, características de las víctimas, canal de notificación y otros indicadores clave. No obstante, como ocurre a nivel internacional, se enfrenta a una infra notificación significativa, condicionada por la capacidad de detección, formación de profesionales y adaptación de los sistemas de notificación, especialmente en ámbitos como el sanitario. Además, diversos estudios de prevalencia, como el realizado por UNICEF España y la Universidad de Barcelona [Pereda et al., 2025]⁴ y la recientemente publicada encuesta de Prevalencia de la violencia contra la infancia y la adolescencia en España⁵, muestran que hay una infra-notificación importante de las situaciones de maltrato en la infancia, ya que muchas vivencias de violencia familiar no llegan a notificarse oficialmente.

El incremento sostenido en los registros del RUMI, que se ha duplicado en los últimos ocho años, podría no reflejar exclusivamente un aumento real de los casos, sino también una mejora progresiva en la capacidad de detección, notificación y consolidación de datos en los sistemas centralizados. Este fenómeno, común en contextos de infra notificación, sugiere que parte del crecimiento observado puede deberse a una mayor sensibilización, formación profesional y adecuación tecnológica, más que a un aumento absoluto de la violencia.

Este registro constituye una herramienta fundamental para el diseño de políticas públicas de protección y prevención de la violencia contra la infancia y adolescencia en España.

El RUMI en 2023⁶ registró 27.915 notificaciones (372,9/100.000 NNA), incrementándose respecto al año previo. Sin embargo, como ocurre a nivel internacional, diversos estudios de prevalencia muestran que hay infra-notificación.

³ El nuevo Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia, RUSSVI, ha terminado ya la fase de pilotaje previo con algunas CCAA, por lo que se prevé su pronta puesta en producción. Hasta la entrada en funcionamiento del RUSSVI, la actual base de datos RUMI registra los datos procedentes de los servicios de protección a la Infancia de las CCAA y Ciudades de Ceuta y Melilla, referidos únicamente a violencia en el ámbito familiar, concretamente de progenitores a hijas e hijos. El funcionamiento del RUMI consiste en la carga directa de las notificaciones (individuales o masivamente, si proceden de bases de datos pre-existentes) por parte de los operadores de los diferentes servicios de protección. RUSSVI sin embargo, recogerá información sobre cualquier manifestación de violencia contra la infancia notificada a las entidades de protección de la infancia o a los servicios sociales en cualquiera de los ámbitos que pueda producirse, así como las medidas adoptadas.

⁴ Pereda Beltrán, N., Águila Otero, A., & Andreu Batalla, L. (2025). El maltrato y la exposición a violencia familiar. Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GReVIA), Universidad de Barcelona; UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/el-maltrato-y-la-exposicion-violencia-familiar>

⁵ Prevalencia de la violencia contra la infancia y la adolescencia en España https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/violencia/InformePrevalenciaViolencia_WEB.pdf?v1=

⁶ Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 26. Datos 2023. [Internet]. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2024. Disponible en: https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/boletines_estadisticos/16122024%20BOLETIN%20PROTECCION%202026%20DATOS%202023.Final.pdf

La forma más habitual de violencia fue la negligencia (41%, 237.5/100.000 NNA), seguida por la violencia emocional (30%, 173.7/100.000 NNA), la violencia física (19%, 109,8/100.000 NNA) y la violencia sexual (10%, 54.1/100.000 NNA).

Las tasas son mayores en NNA de nacionalidad española (233,6/100.000 NNA) vs extranjera (138,8/100.000 NNA). Y a su vez mayores en chicos (53%-199,3/100.000 NNA) que en chicas (43%-173,6/100.000 NNA). Todos los tipos de violencia son ligeramente mayores en chicas, excepto las tasas de negligencia que son claramente mayores en chicos (135,9/100.000 NNA) vs chicas (101,7/100.000 NNA).

Por edad, la notificación es más frecuentes en adolescentes de 11 a 17 años (29%-106,3/100.000 adolescentes de 11-14 años, 28%- 106,2/100.000 adolescentes 15-17 años), reduciéndose con la edad (18%-65,2/100.000 de 7-10 años, 14%-54/100.000 de 0-3 años y 11%-41,4/100.000 de 4-6 años), probablemente debido a que de cero a seis años la detección de víctimas de violencia es especialmente compleja.

A pesar de que la discapacidad es un factor de riesgo para sufrir violencia, según las investigaciones la tasa de violencia sobre personas menores de edad con discapacidad es de 11/100.000 NNA (3%), no hay información suficiente para determinar si esto se debe a las dificultades de detección o a una menor incidencia.

Solo el 13% de los registros proceden del ámbito sanitario, probablemente debido a la escasa adaptación de los sistemas de notificación a la dinámica sanitaria. Además, hay que tener en cuenta que la incidencia y prevalencia recogidas dependen de la capacidad de detección de los y las profesionales, de la formación y disponibilidad de instrumentos para la notificación de los casos de sospecha.

Tabla 1. Evolución de los datos del RUMI de 2015 a 2023. *Tasa: 1/100.000 personas menores de 18 años

AÑO	TOTAL		SEXO			
			FEMENINO		MASCULINO	
	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa
2015	13.818	165,8	6.271	75,2	7.547	90,5
2016	14.569	183,2	6.627	83,3	7.942	99,9
2017	16.777	211	7.097	89,2	9.680	121,7
2018	18.801	237	7.079	89	11.722	148
2019	15.365	235,4	7.105	108,8	8.260	126,5
2020	15.688	242,9	7.242	112,1	8.446	130,7
2021	21.521	338,6	10.473	164,8	11.048	173,8
2022	29.770	396,6	13.890	185,1	15.880	211,6
2023	27.915	372,9	12.994	173,6	14.921	199,3

Datos disponibles del año 2023 (sin datos de las CCAA de Aragón y Galicia). En ningún caso se trata de conclusiones rigurosas sobre la situación de la violencia hacia la infancia y a adolescencia en la zona de referencia, sino al grado de utilización del sistema de información RUMI.

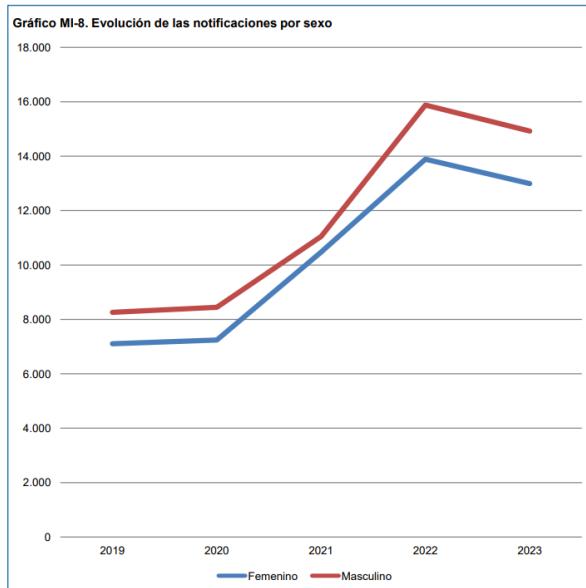


Figura 1. Número de notificaciones al RUMI por sexo. Evolución 2019-2023

Tabla 2. Evolución desglosada por ámbito de procedencia 2017-2021.

	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%
CCFFSS	1.332	10	3.352	23	4.127	25	6.295	33	1.661	11	1.457	9	2.113	10	4.655	16	4.576	16
Educativo	1.291	9	1.492	10	1.827	11	2.114	11	2.631	17	1.870	12	3.442	16	5.220	17	5.316	19
Otros	1.842	13	1.961	13	1.943	12	2.216	12	2.471	16	4.813	31	4.405	20	5.175	17	6.402	23
Sanitario	3.105	22	1.044	7	1.407	8	1.472	8	1.157	8	1.400	9	1.768	8	2.871	10	3.543	13
SSSS	6.248	45	6.720	46	7.473	45	6.704	36	7.445	48	6.148	39	9.793	46	11.849	40	8.078	29
	13.818	100	14.569	100	16.777	100	18.801	100	15.365	100	15.688	100	21.521	100	29.770	100	27.915	100

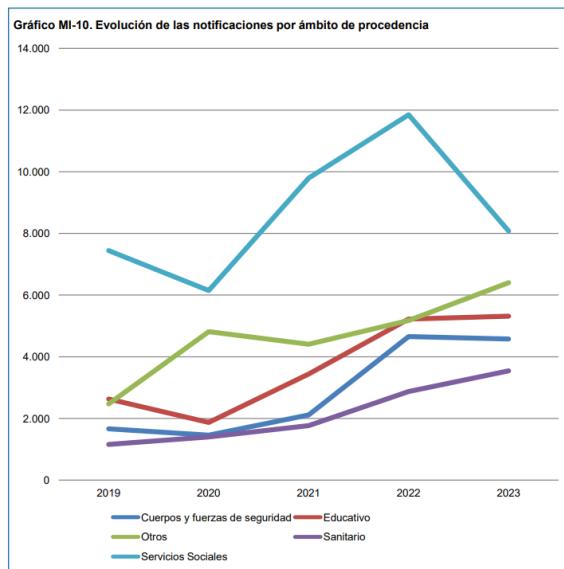


Figura 2. Número de notificaciones al RUMI por sector. Evolución 2019-2023.

Otros datos relativos a la violencia experimentada por NNA se pueden obtener de otras fuentes, y se pueden consultar en la Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia (EEVIA)⁷. Por último, habría que tener en cuenta los datos obtenidos por estudios de investigación.

Desde el Ministerio de Juventud e Infancia se ha publicado la encuesta de Prevalencia de la violencia contra la infancia y la adolescencia en España⁸, realizada en jóvenes de 18 a 30 años residentes en España durante la infancia y/o adolescencia. Se han obtenido 9.037 respuestas de todas las CC. AA. con participación de ambos性es y grupos de edad. Entre las principales conclusiones destaca:

- casi la mitad de las personas jóvenes españolas de entre 18 y 30 años declara haber sufrido violencia psicológica durante la infancia o la adolescencia (48,1 %), se concentra más en la adolescencia (45,1%), pero también afecta en la infancia (19,9%) y en el 16,9% de los casos se da de forma continuada en ambas etapas. Madres y padres son los perpetradores más frecuentes, aunque en la adolescencia aumentan significativamente los casos atribuidos a la pareja y las amistades. El entorno familiar y escolar destacan como principales contextos de ocurrencia. Cabe señalar que el 13,4% de las personas han sufrido violencia psicológica de forma recurrente o habitual. Por otro lado, el 49,9% de quienes sufrieron violencia psicológica durante la infancia y/o adolescencia no tuvo acceso a ninguna forma de ayuda ni atención especializada. Un 10,2% recibió atención especializada (12,3% de los hombres y 7,8% de las mujeres) y un 5% denunció (3,8% de las mujeres frente al 6,2% de los hombres). Se observa que los/as amigos/as y la madre son las principales figuras a las que se ha acudido a contar la situación (56,7% y 49,4%, respectivamente)
- cuatro de cada diez experimentaron violencia física (40,5 %). Es más habitual en la adolescencia (35,5%) que en la infancia (18,1%). Se observa una diferencia significativa por sexo, ya que el 46,0% de los hombres declaran haber sufrido violencia física, frente al 34,8% de las mujeres. Esta violencia ha sido principalmente ejercida por los padres (38,8%) y las madres (37,6%), pero también por compañeros/as de estudio, en actividades deportivas, etc. (35,9%). El entorno familiar es nuevamente el principal espacio donde ocurre esta violencia (67,0%), seguido del escolar (54,5%). En cuanto a la violencia física recurrente, el 7,3% de las personas la han experimentado, con una proporción notablemente más alta entre hombres (9,7%) que entre mujeres (4,8%). A pesar de la gravedad, aproximadamente la mitad de las víctimas no recibió ayuda ni atención y solo un 7,6% accedió a atención especializada; además, el 12,3% de los hombres denunció la situación sufrida, frente al 5,9% de las mujeres. Los/as amigos/as y la madre son las principales figuras a las que se ha acudido a contar la situación (49,5% y 49,2%, respectivamente).
- cerca de tres de cada diez violencia sexual (28,9 %), es más común en mujeres (33,6%) que en hombres (24,4%). La adolescencia es el periodo más crítico. La pareja aparece como el principal perpetrador de violencia sexual (32,3%), especialmente entre mujeres (40,4%). En el caso de los hombres son más frecuentes los abusos por parte de los padres (28,3%). Los entornos más frecuentes donde se sufre esta violencia son el familiar (46,6%), comunitario (37,3%) y escolar (36,9%). Al igual que en otras formas de violencia, los datos evidencian un uso escaso de los recursos de ayuda: el 52,5% no recibió ni atención ni ayuda y solo un 7,4 recibió atención especializada (10,8% de los hombres, frente a 4,9% de las mujeres). El 14,3% de los hombres frente al 6,1% de las mujeres denunció. Entre las personas en quien o quienes se apoyaron destacan los/as amigos/as (61%) y las madres (30,3%).
- la violencia en el ámbito de la pareja afectó al 25,7 % subiendo al 48,3 % entre quienes tuvieron pareja en la adolescencia. La prevalencia es significativamente mayor entre mujeres (28,7%) que entre hombres (22,7%). Esta forma de violencia adopta expresiones tanto psicológicas como físicas

⁷ Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2022 [citado 2022 dic 22]. Disponible en: Estrategia_Erradicacion_Violencia_ContraInfancia.pdf

⁸ Ver nota nº5

y sexuales. Además, las parejas perpetradoras de la violencia son hombres en dos de cada tres casos (66,4%). En cuanto a la ayuda recibida, más de la mitad no recibió ningún tipo de atención o apoyo. Entre los hombres, un 8,9% recibió atención especializada y un 6,2% denunció. Entre las mujeres, el 3,8% recibió atención especializada y el 3% denunció. Entre las personas en quien o quienes se apoyaron destacan los/as amigos/as (78,1%), seguidos de las madres (28,6%).

- la negligencia se dio en el 24,4 % y ocurre con mayor frecuencia durante la adolescencia. Los progenitores son los principales responsables, especialmente los padres (49,1%), seguidos de las madres (47,7%).
- la violencia digital en el 24,9 %. Esta forma de violencia incluye agresiones tanto de tipo psicológico como sexual a través de medios digitales. Ocurre de forma mayoritaria durante la adolescencia (23,1%), frente a la infancia (3,3%). No hay diferencias en las estimaciones entre hombres y mujeres. En cuanto a los perpetradores, la pareja y los desconocidos (tanto adultos como menores de edad) son los principales responsables, seguidos de los/as amigo/as y compañeros/as. Respecto al acceso a la atención y ayuda, un 50,2% no tuvo ningún apoyo. Entre los hombres, un 10,2% recibió atención especializada y un 13,9% denunció. Entre las mujeres, un 4,1% recibió atención especializada y un 5,4% denunció. Los/as amigos/as destacan sobre cualquier otra figura a la que se ha acudido a contar la situación (64,8%) y la madre es la segunda figura principal (29,4%).
- ser testigo de violencia es en sí mismo una forma de violencia que han experimentado, durante la infancia y/o adolescencia, un 35,7% de las personas encuestadas. La prevalencia es mayor en hombres (38,2%) que en mujeres (33,1%). En su manifestación más extrema, un 5,7% afirma que ha visto a alguien asesinado en la vida real.

3. Datos de violencia obtenidos en el sistema sanitario

3.1 Definición caso de violencia

Según la LOPIVI “A los efectos de esta ley, se entiende por violencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), especialmente la violencia digital. En cualquier caso, se entenderá por violencia el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar”. En el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia (2023)⁹ se usa indistintamente violencia y maltrato, dado el uso de este último término en los registros sanitarios.

Tabla 3. Clasificación de violencia frente a niños, niñas y adolescentes.

Clasificación de las Violencia sobre la Infancia y la Adolescencia	
Tipos de violencia	Negligencia
	Violencia emocional o psicológica

⁹ Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Madrid; 2023. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf

	Violencia física Violencia sexual Trata y explotación infantil (incluyendo la explotación sexual) Violencia de género Mutilación genital femenina (MGF) Violencia perinatal Violencia entre personas menores de edad Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora (antiguo Síndrome de Munchausen por poderes) Violencia a través de TIC Violencia ejercida desde las instituciones (institucional, profesional, victimización secundaria) Otras prácticas que afectan a la salud, integridad o derechos de las personas menores de edad (ej. matrimonio forzado o precoz, violencia de odio y discriminación, etc.)
Entorno dónde se produce la violencia	Familiar Extrafamiliar
Tipo de procedimiento sanitario que requiere el caso de violencia	Urgente Ordinario

Fuente: elaboración propia a partir de la Observación general Nº 13 (2011): Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, 18 abril 2011, ONU: Comité de los Derechos del Niño (CRC).¹⁰

El Protocolo entiende por caso de violencia todo aquel caso de un NNA (menor de 18 años) víctima de violencia, detectado y registrado por quienes lo atienden en los servicios sanitarios que integran el SNS.

Está pendiente realizar un estudio en profundidad para establecer indicadores y consensuar, de manera simétrica al trabajo realizado en el abordaje de la violencia de género desde el sistema sanitario¹¹:

- Criterios comunes para el conjunto del SNS respecto a los códigos específicos de los sistemas de información sanitaria, que se recogerían para catalogar los casos de violencia sobre NNA, y poder elaborar los indicadores comunes epidemiológicos de violencia sobre NNA del SNS.
- Método de cómputo común para extraer el cálculo global de casos detectados y registrados en el conjunto del SNS.
- Indicadores de magnitud, características de la violencia y de los NNA.
- Variables de desagregación de estos (geográfica, grupos de edad, sexo, tipo de discapacidad, país de nacimiento, etc.).

Hay que tener en cuenta que a través de este protocolo solo se detectan aquellos casos que llegan al ámbito sanitario. Para determinar las dimensiones y características del problema es necesaria una coordinación

¹⁰ Observación general No 13 (2011). Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia [Internet]. ONU: Convención sobre los Derechos del Niño; 2011. Disponible en:

<https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsqIkirKQZLK2M58RF%2F5F0vFKtnY3RFBX0eVOrGEVYulmujMv4OPRK5l2s3WTdcWJHDSYkp3d7UQ3eUVGj0IAhy6cx%2FFz2o1R6l%2Bw7rXFOWO>

¹¹ Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

Informe Anual Violencia de Género 2021-Ministerio de Sanidad

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_VG_2021_v01.07.2022.pdf

eficaz entre todas las partes implicadas y la realización de estudios de prevalencia, comentado en el apartado previo.

También es importante valorar la participación de las víctimas y de sus familiares; así como su grado de satisfacción en todo el proceso asistencial mediante encuestas de satisfacción o instrumentos similares.

3.2 Codificación¹²

En 2022-2023 se realizó una consulta de las codificaciones que las CC. AA. venían utilizando para caracterizar los casos de violencia frente a la infancia detectados en el SNS resultando fundamentalmente la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y CIE-9MC y CIE10-ES en atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH), cuando se utiliza la historia clínica (HC) como fuente de información. Se revisaron los códigos que se utilizan con el objetivo de valorar si la recogida de datos es comparable entre servicios de salud y, por tanto, la calidad de los datos agregados para el conjunto del SNS recogidos en estos informes. Se concluyó que en el momento actual la recogida de estos datos es compleja y difícilmente comparable.

Tabla 4. Codificaciones utilizadas en CC. AA.

CIAP	Fundamentalmente en Atención Primaria - MALTRATO INFANTIL, Z16
CIE	En atención hospitalaria y urgencias En alguna CC. AA. también en atención primaria - CIE 9: 995.5, 995.50-59. V61.21 - CIE 10:T7692XA (SOSPECHA), T7492XA (CONFIRMADO) y N90.810, N90.811, N90.812 (MUTILACION GENITAL FEMENINA)

3.2.1 Clasificación internacional de enfermedades (CIE)

Son las más utilizadas en atención hospitalaria y urgencias, aunque en alguna CC. AA. también en AP.

- CIE-9 MC. Se pueden consultar los códigos relacionados con violencia frente a NNA en el [anexo 1](#).
- CIE-10. ES. Se pueden consultar los códigos en el [anexo 2](#).

3.2.1 Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)

Se utiliza generalmente en AP. En el [anexo 3](#) se pueden consultar los códigos.

3.3 Fuentes

3.3.1 Ministerio de Sanidad

En el Ministerio de Sanidad, en el momento de redacción de este informe, se pueden obtener datos de violencia frente a NNA en RAE-CMBD¹³, ya que los datos de BDCAP¹⁴, basados en los registros existentes en

¹² Clasificaciones y normalización estadística. Ministerio de Sanidad.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/home.htm>

¹³ Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD) perteneciente a la SG de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

¹⁴BDCAP: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

la historia clínica de atención primaria, no permiten obtener indicadores de violencia infantil lo suficientemente robustos en el momento actual.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) constituye el sistema de información estandarizado para la recogida y explotación de datos clínico-administrativos relativos a la actividad asistencial especializada en el SNS, regulado por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero. Su implantación efectiva en el ámbito estatal se produce a partir de 2016, sustituyendo y derogando el anterior marco normativo establecido por el Real Decreto 1360/1976, de 21 de mayo, que obligaba a los establecimientos sanitarios con régimen de internado a mantener un libro de registro de ingresos y altas hospitalarias, con el objetivo de ampliar el conocimiento estadístico de la morbilidad hospitalaria.

El CMBD, en su configuración actual, incorpora de manera progresiva nuevos tipos de contacto asistencial más allá de la hospitalización convencional, incluyendo: hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias. La incorporación de estos apartados ha sido paulatina desde 2016, conforme a la capacidad organizativa y tecnológica de las comunidades y ciudades autónomas. El proceso de transmisión de datos se articula mediante el envío anual, por parte de las comunidades y ciudades autónomas, de los registros normalizados al Ministerio de Sanidad, siguiendo los estándares técnicos y de calidad definidos en la normativa estatal.

Cabe destacar que, en el caso de la modalidad de urgencias ha ido aumentando progresivamente la cobertura y la calidad del número de registros, sin ser todavía del 100%.

Este sistema constituye la principal fuente de información para la planificación, gestión, evaluación y análisis epidemiológico de la atención especializada en España.

En la consulta se han seleccionado contactos asistenciales de personas menores de 18 años¹⁵, atendidos en hospitalización y urgencias de centros SNS y privados, teniendo en cuenta que la cobertura de urgencias no es total todavía, por lo que los datos relativos a este entorno deben ser tomados con cautela y únicamente a modo informativo. Para más información sobre la metodología consultar [anexo 4](#).

Criterios clínicos: un diagnóstico principal o secundario de las Categorías CIE: T74 (confirmado) o T76 (sospecha) de abuso, negligencia y otros malos tratos. Se han incluido todos los códigos de ambas categorías dado que los códigos de maltrato infantil solo llegan hasta los 14 años (y en adultos hay casos de 15 a 18 años); estos códigos permiten diferenciar si es contacto inicial (ultimo dígito A), sucesivo (D) o secuela (S).

Se proporciona la siguiente información de cada registro: CC.AA., edad, sexo, país nacimiento, tipo contacto (hospitalización o urgencias), tipo alta (domicilio, traslado otro hospital, alta voluntaria, éxitus, traslado a otro centro socio-sanitario, otros y desconocido), estancia en días, diagnóstico principal y secundarios del (2º a 20º). Es posible, incluso, la desagregación por provincia y obtener datos de procedimientos si se desea en el futuro. Toda la información clínica asociada a la del maltrato se recoge en los diagnósticos secundarios (lesiones, agresores, etc.), que por el momento tampoco será analizada.

Se realiza una exploración inicial de la base de datos RAE-CMBD correspondiente al periodo 2016-2023, distinguiendo entre altas hospitalarias y atenciones en urgencias para personas menores de 18 años. Se utilizan los códigos específicos relacionados con abuso, negligencia y otros tipos de violencia contra la

¹⁵ En el informe 2022-2023 se facilitaron datos de personas menores de 19 años ya que es la franja que facilita el portal estadístico. A partir de este informe se proporcionarán los datos para el análisis en menores de 18 años tal y como se ha definido NNA en el protocolo. Habrá que tener en cuenta esta discrepancia en las comparaciones a futuro.

infancia, expuestos en el [anexo 1](#). La Tabla 5 presenta la distribución anual del número de casos según el tipo de contacto con el sistema de salud.

Se observa un crecimiento sostenido en el número de casos notificados tanto en hospitalizaciones como en urgencias, con incrementos especialmente destacados en los años 2020 y 2023, y leves fluctuaciones en el caso de las hospitalizaciones. Sin embargo, el año 2020 estuvo marcado por un contexto excepcional, por lo que se ha excluido de la evaluación de las tendencias temporales.

El registro de urgencias muestra un incremento considerable, atribuible a la inclusión heterogénea de la notificación en CMBD de este tipo de contacto por parte las CC.AA. al Ministerio de Sanidad, a lo largo de los años. La incorporación de nuevas comunidades o ciudades autónomas, que comienzan a notificar estos datos, puede generar aumentos abruptos en el total de casos notificados. Cabe mencionar que se trata de un registro todavía no consolidado en todas las autonomías.

Tabla 5. Evolución anual del número de casos de violencia contra la infancia y adolescencia reportados por el sistema de salud según el tipo de contacto.

Tipo de contacto	Año									Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Hospitalización	49	28	48	45	65	71	65	94	465	
Urgencias	1	39	125	154	243	457	478	587	2.084	

Dada la heterogeneidad en el registro de la información según el tipo de contacto, se ha optado por realizar el análisis de urgencias y hospitalizaciones de forma separada.

Hospitalizaciones

La Tabla 6 muestra la distribución anual de ingresos por violencia contra la infancia confirmada segmentados por sexo, con los totales absolutos y las tasas¹⁶ correspondientes ajustadas por la población de cada grupo. Se observa que, en términos absolutos, hay mayor número de casos entre las chicas en la mayoría de los años, especialmente en 2023, donde prácticamente se duplican en comparación con los chicos (66 frente a 27). Esta diferencia también se refleja en las incidencias, que muestran consistentemente valores más altos para las chicas, alcanzando una tasa máxima de 1,684 en 2023. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$) para los años 2021 y 2023 y para el total de la serie.

Como particularidad, en 2020 se registra un mayor número de ingresos en chicos que en chicas, tanto en términos absolutos como en tasas.

El hecho de que, en general, haya un mayor número de casos de chicas registrados contrasta con los datos del RUMI, donde los chicos presentaban de forma consistente un mayor número de casos sospechosos de violencia en todos los años.

¹⁶ Las cifras de población se obtienen del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁶

Tabla 6. Distribución anual de eventos de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones desglosados por sexo, junto con las proporciones relativas a la población correspondiente.

Sexo	Año								Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Chicas	26	16	26	25	27	42	38	66	266
Chicos	19	11	21	18	36	28	27	27	187
Tasa chicas	0,64	0,39	0,64	0,62	0,67	1,05	0,96	1,68	0,83
Tasa chicos	0,44	0,25	0,49	0,42	0,84	0,66	0,64	0,64	0,55
p-valor bilateral	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	<0,001	<0,001
p-valor unilateral	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	<0,05	> 0,05	<0,001	<0,001

Para el test unilateral la hipótesis alternativa es $H_1: p_m > p_h$ con p_m la proporción del evento en chicas y p_h en chicos.

La Tabla 7 y Figura 3 presenta el número absoluto de ingresos por violencia contra la infancia confirmada para cada grupo de edad: desde menores de un año hasta adolescentes (15-17 años). Se observa que el grupo de menores de un año concentra consistentemente la mayor cantidad de casos confirmados durante todo el periodo, alcanzando un pico notable en 2023 con 34 casos. Los grupos de mayor edad, especialmente 10-14 años, también muestran un incremento progresivo a lo largo de los años. Por su parte, los grupos 1-4, 5-9 y 15-17 años presentan muy pocos datos y algunas fluctuaciones, que no son suficientes para valorar una posible tendencia temporal.

Tabla 7. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, segmentados por grupos de edad para el periodo 2016-2023.

Grupo de edad	Año								Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
0	24	16	23	16	30	23	26	34	192
1-4	7	4	2	5	7	12	6	12	37
5-9	4	0	8	4	4	4	6	7	55
10-14	9	6	11	15	18	23	23	29	134
15-17	1	1	3	3	4	8	4	11	35

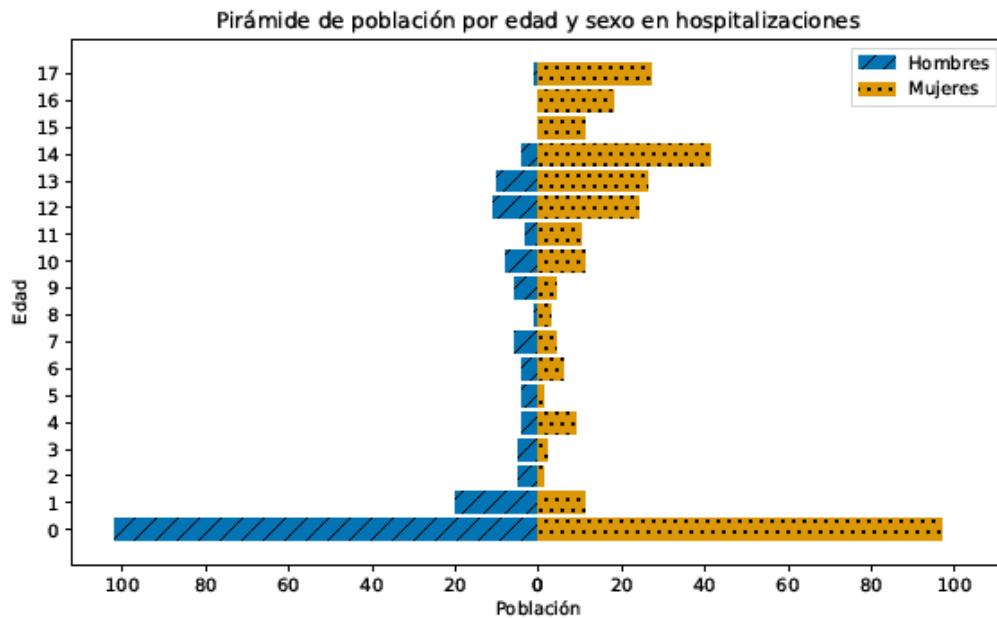


Figura 3. Pirámide poblacional según edad y sexo para hospitalizaciones.

La Tabla 8 complementa esta información mostrando las tasas anuales de casos por cada 100.000 habitantes en cada grupo. Nuevamente, las personas menores de un año presentan las tasas más elevadas, con una tendencia ascendente hasta 2023, alcanzando más de 10 casos por 100.000 personas menores de un año. El grupo 10-14 años también presenta una tendencia al alza a lo largo de los años, con una tasa de 1,147 por 100.000 personas de entre 10 y 14 años.

El aumento observado en el número absoluto de casos y en las tasas podría no reflejar un incremento real en la incidencia de la violencia contra la infancia. Esta tendencia podría deberse, en cambio, a una mejora en los mecanismos de notificación y detección de los casos en hospitalización.

Tabla 8. Tasas anuales por 100.000 de habitantes de los respectivos grupos de edad de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, desglosadas por grupos de edad para el periodo 2016-2023.

Grupo de edad	Año							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
0	5,74	3,91	5,87	4,33	8,31	6,78	7,72	10,30
1-4	0,40	0,23	0,11	0,30	0,43	0,76	0,40	0,82
5-9	0,16	0,00	0,33	0,17	0,17	0,18	0,27	0,32
10-14	0,39	0,25	0,45	0,60	0,71	0,91	0,91	1,15
15-17	0,08	0,07	0,22	0,21	0,28	0,54	0,27	0,71

Tras analizar la distribución por sexo y grupos de edad, se procede a estudiar la distribución geográfica de los casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones. La Tabla 9 muestra la evolución de las tasas anuales por 100.000 personas menores de 18 años en las CC. AA. anonimizadas, durante el periodo 2016-2023.

Tabla 9. Tasas anuales de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones por 100.000 personas menores de 18 años de cada CC. AA. anonimizadas.

CC.AA.	Año							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	0,43	0,49	0,19	0,31	0,44	1,02	0,39	1,43
2	0	0,45	0,90	0	0,45	0,45	2,28	2,28
3	1,46	0	1,47	0	1,50	2,29	0	0
4	0	0	0,97	1,92	2,87	1,92	0,48	2,42
5	0,83	0	0,28	0,28	0,29	0,88	1,19	1,51
6	0	0	0	0	1,08	1,09	0	0
7	0	0,28	0,86	0,58	0,87	0,29	0,90	0,30
8	0	0	0	0	0,27	0,55	0,28	0,27
9	0,22	0,14	1,14	0,57	0,86	0,58	0,80	0,80
10	1,34	0,45	0,56	0,23	0,34	0,91	0,57	1,13
11	0	0,55	0,56	1,13	0,57	0	1,77	0,60
12	0,52	0	0,26	0,52	0,52	1,05	1,07	1,34
13	0,59	0,50	0,41	0,99	1,48	1,17	1,01	1,94
14	1,63	0,33	0,33	0,97	0,97	0,98	0,98	1,31
15	0,84	0	0	0	0	0,82	2,49	0
16	0,55	0,27	0,82	0	0,28	0,28	0,85	0
17	0	1,82	1,82	1,82	0	0	1,83	0
18	4,75	4,72	4,74	4,81	0	0	0	0
19	0	0	0	0	4,29	0	0	0
Total	0,54	0,33	0,57	0,52	0,76	0,86	0,80	1,15

La Tabla 10 muestra la distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones según el país de procedencia (España vs extranjero) durante el periodo 2016-2023, junto con las tasas correspondientes por 100.000 personas menores de edad y los resultados de tests exactos de Fisher unilaterales y bilaterales para comparar dichas tasas.

En términos absolutos, la mayoría de los casos corresponden a personas menores de edad nacidas en España, reflejando probablemente la mayor proporción poblacional de esta categoría. No obstante, cuando se analizan las tasas ajustadas por población, se observa que las tasas en NNA extranjeras son, en general, similares siendo significativamente mayores en el año 2021 ($p < 0,05$). Cabe mencionar que el país de procedencia no equivale necesariamente a la nacionalidad, por lo que no se incluyen en este análisis a las personas nacidas de personas migrantes que, a pesar de tener nacionalidad extranjera, podrían no estar clasificadas como tal.

Tabla 10. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones en población nacida en España y en el extranjero, junto con las tasas por 100.000 personas menores de edad.

País de procedencia	Año							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	33	24	34	34	56	54	56	80
Extranjero/a	3	2	4	4	1	8	3	6
Tasa España	0,42	0,30	0,42	0,42	0,68	0,65	0,67	0,97
Tasa Extranjero/a	0,41	0,33	0,68	0,69	0,19	1,57	0,59	1,14
p-valor bilateral	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	<0,05	> 0,05	> 0,05

p-valor unilateral > 0,05 > 0,05 > 0,05 > 0,05 > 0,05 < 0,05 > 0,05 > 0,05

Para el test unilateral la hipótesis alternativa es $H_1: p_x > p_e$ con p_x la proporción del evento en personas extranjeras y p_e en españolas.

La Tabla 11 presenta la distribución anual del número de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, clasificados según el tipo de alta hospitalaria, desde el año 2016 hasta 2023. En total, se registraron 453 casos durante este periodo con motivo del alta registrado.

Se observa que la mayoría de las y los pacientes son dados de alta al domicilio, con un total acumulado de 404 casos. Esto indica que, tras la hospitalización, la mayoría de los NNA regresan a sus hogares. Los trasladados a otros hospitales y a centros sociosanitarios son menos frecuentes, con 20 y 14 casos respectivamente, pero muestran cierta variabilidad a lo largo de los años. En particular, el traslado a centros sociosanitarios muestra un aumento notable en 2021 con 9 casos. Los casos con alta voluntaria y los que terminan en exitus son poco frecuentes, con 3 y 6 casos totales respectivamente.

Tabla 11. Distribución anual del número de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones desglosadas por tipo de alta. Se muestra la evolución desde 2016 hasta 2023, así como el total acumulado.

Tipo de alta	Año								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Alta voluntaria	0	1	0	1	0	0	0	1	3
Desconocido	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Domicilio	42	20	45	39	60	56	61	81	404
Éxitus	0	2	1	0	0	0	2	1	6
Traslado a otro hospital	2	2	0	2	2	3	2	7	20
Traslado a un centro sociosanitario	0	2	0	1	0	9	0	2	14
Otros	1	0	0	0	1	2	0	1	5
Total	45	27	47	43	63	70	65	93	453

La Figura 4 presenta la distribución anual de la duración de la hospitalización, medida en días, para los casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia desde 2016 hasta 2023. Se observa que la mayoría de las estancias hospitalarias se concentran en un rango bajo, con mediana generalmente cercana a los 5 días o menos en cada año. Sin embargo, se identifican varios valores atípicos (outliers) que indican casos con estancias considerablemente más largas, superando en algunos años los 100 días, e incluso un caso que llega a más de 200 días.

En términos de tendencia, la duración mediana de la estancia parece relativamente estable a lo largo de los años, sin grandes fluctuaciones, aunque algunos años, como 2017 y 2022, muestran una dispersión mayor en los valores máximos y atípicos.

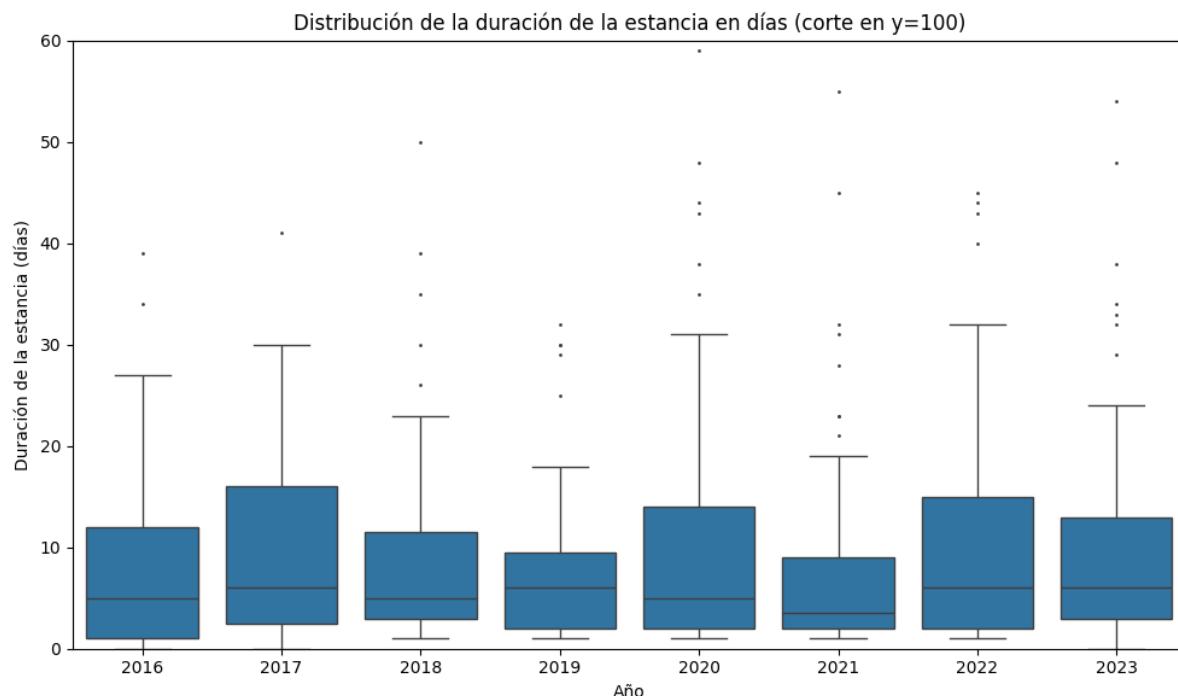


Figura 4. Distribución anual de la duración de la hospitalización (en días) de los casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones.

Para mejor visualización, se han eliminado los outliers (estancias de más de 60 días) del gráfico. El gráfico con todos los datos se encuentra en el Anexo 5.

La Tabla 12 muestra la distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, clasificados según los códigos CIE-10 y tipo de violencia, desde 2016 hasta 2023. Tras la eliminación de duplicados, se obtuvo un total de 480 códigos registrados durante este periodo.

La negligencia o abandono infantil (T74.02XA) y el síndrome del bebé zarandeado (T74.4XXA), ambos correspondientes al contacto inicial, son los tipos de violencia más frecuentes en el periodo 2016-2023, registrando 94 casos cada uno, lo que representa un 19,58 % del total por código. En conjunto, estos dos tipos de violencia constituyen aproximadamente el 39 % de todos los ingresos, lo cual es coherente con que el grupo de edad más afectado por maltrato infantil en hospitalizaciones corresponde a las personas menores de 1 año.

Otros códigos con una incidencia significativa son abuso físico infantil, contacto inicial (T74.12XA) con un 15,83 %, maltrato infantil no especificado, contacto inicial (T74.92XA) con un 12,29 % y maltrato psicológico infantil, contacto inicial (T74.32XA) con un 12,08 %.

Finalmente, algunos códigos presentan muy pocos casos o registros esporádicos, lo que puede deberse a la menor frecuencia de esos tipos específicos de maltrato o a dificultades en su detección.

Tabla 12. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, clasificados según códigos CIE y tipo de maltrato, durante el periodo 2016-2023.

Código	Año								Total	%
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Negligencia o abandono infantil	15	5	11	8	12	11	10	22	94	19,6

Abuso físico de adultos	0	0	1	3	2	2	1	2	11	2,3
Abuso físico infantil	8	4	11	10	13	12	9	9	76	15,8
Abuso físico infantil, sucesivo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2
Abuso sexual de adultos	1	1	2	1	0	4	3	7	19	4,0
Abuso sexual infantil	2	4	6	6	8	5	14	11	56	11,7
Abuso sexual infantil, sucesivo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,2
Abuso psicológico de adultos	0	0	0	1	2	4	0	3	10	2,1
Maltrato psicológico infantil	1	3	2	3	8	19	7	15	58	12,1
Malos tratos de adultos no especificado	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,2
Maltrato infantil no especificado	8	1	6	5	7	10	9	13	59	12,3
Total	47	28	48	49	67	76	68	97	480	100,0

La Tabla 13 presenta la distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia en hospitalizaciones, clasificados según la categoría de la persona agresora cuando este es conocido, desde 2016 hasta 2023. En total, se registraron 174 casos con información disponible sobre la persona responsable de la violencia. Son muy pocos registros por lo que los resultados deben ser tomados con cautela.

Los datos muestran que las personas que agrede más frecuentemente son los progenitores biológicos: el padre (código Y07.11) y la madre (Y07.12), con 46 y 45 casos respectivamente, representando juntos más del 50 % de los casos con agresor/a identificado. Esto resulta comprensible si se considera que los progenitores son, junto con los profesores y otros cuidadores, las personas adultas que más tiempo pasan con los NNA. Sin embargo, a diferencia del profesorado u otras personas cuidadoras, los progenitores suelen compartir tiempo a solas con sus hijos e hijas, fuera de entornos estructurados o supervisados como el colegio o el instituto.

Otros códigos relevantes incluyen autor/a de maltrato y negligencia no especificado (Y07.9), con 31 casos, y otro miembro de la familia (Y07.499), con 12 casos.

Se observa además una incidencia menor pero significativa de personas agresoras como hermanos/as (Y07.410 y Y07.411, 4 casos en conjunto), personas no familiares no especificadas o externas al núcleo familiar (códigos Y07.50, Y07.53, Y07.59) y padrastrós (Y07.430, 5 casos). Dado que la cantidad de padrastrós es significativamente menor que la de padres biológicos, resulta comprensible que el número de casos reportados en esta categoría también sea inferior.

Sería relevante analizar la proporción de casos en relación con la cantidad total de padres biológicos y padrastrós que conviven con sus respectivos hijos/as o hijastros/as, a fin de obtener una perspectiva más ajustada sobre el riesgo relativo asociado a cada grupo.

El número total de personas agresoras (174) conocidos no coincide con el de número total de personas menores de edad agredidas de las que se conocen datos de la persona agresora (163). Esto se debe a que

una misma persona menor de edad puede haber sufrido violencia por parte de más de una persona, por ejemplo, de su madre y de su padre. En concreto hay 11 casos con esta casuística.

Tabla 13. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones, clasificados según el tipo de persona agresora cuando este es conocido, durante el periodo 2016-2023.

Autoría del maltrato	Año									Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Marido	0	0	1	0	1	0	0	0	2	
Esposa	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Pareja masculina	0	0	0	0	0	1	1	0	2	
Padre biológico	6	4	6	2	7	4	6	11	46	
Madre biológica	5	2	8	1	3	10	6	10	45	
Hermano	0	0	0	0	0	2	1	0	3	
Hermana	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Padre sustituto	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Padrastro	0	1	0	0	3	0	1	0	5	
Amigo varón de uno de los ¹ padres (residente en el hogar)	0	1	0	1	1	1	0	0	4	
Primo	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Otro miembro de la familia	4	0	2	0	2	1	1	2	12	
Persona no familiar no ¹ especificada	1	1	0	1	1	1	0	2	7	
Maestro, profesor o instructor ⁰	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Otra persona no miembro de ⁰ la familia	1	2	0	0	0	0	1	3	7	
Autores múltiples	0	0	0	0	0	1	2	2	5	
Autor no especificado	3	5	9	3	4	3	0	4	31	
Total Año	21	14	30	6	23	25	20	35	174	

La Tabla 14 presenta la distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia hospitalizados en los que se conoce el sexo de la persona agresora, diferenciando entre hombres y mujeres, durante el periodo 2016-2023. En total, se registraron 108 casos con información disponible sobre esta variable, con 61 casos atribuidos a hombres y 47 a mujeres.

Los resultados muestran que únicamente en 2020 la proporción de agresores masculinos es significativamente mayor ($p < 0,05$).

Tabla 14. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en hospitalizaciones según el sexo de la persona agresora.

Sexo de la persona agresora	Año								Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Hombre	7	5	8	2	13	7	8	11	61
Mujer	6	2	8	1	3	10	7	10	47
p-valor	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	<0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Con p-valores de un test binomial para la hipótesis alternativa de predominancia masculina ($p_h > 0,5$), periodo 2016-2023.

Urgencias

La Tabla 15 presenta la distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia detectados en urgencias, desagregados por sexo, incluyendo tanto los totales absolutos como las tasas ajustadas por población para 2023 y el periodo 2016-2023. En términos absolutos, se observa una mayor cantidad de casos en chicas en todos los años analizados, con un acumulado de 1.568 casos frente a 448 en chicos. Esta diferencia también se refleja en las tasas ajustadas por población, que son consistentemente más altas en chicas a lo largo del periodo analizado. En 2023, la tasa alcanzó un máximo de 11.097 casos por cada 100.000 chicas menores de 18 años, mientras que en los chicos la cifra más alta fue de 3.175 casos por cada 100.000 varones menores de 18 años.

No se muestra la evolución temporal debido a la progresiva e incompleta incorporación de la notificación de CC. AA.

Los p-valores obtenidos mediante pruebas exactas de Fisher, tanto bilaterales como unilaterales, aplicadas a las proporciones de casos en relación con la población por sexo, indican que las diferencias entre chicos y chicas son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en 2023 y el periodo 2016-2023. Por tanto, se concluye que la incidencia de violencia contra la infancia y adolescencia atendidas en urgencias presenta diferencias estadísticamente significativas entre sexos, con una afectación relativa considerablemente mayor en chicas.

Tabla 15. Distribución anual de casos positivos de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias desglosados por sexo, junto con las proporciones relativas a la población en 2023 y 2016-2023.

Sexo	Año	
	2023	2016-2023
Chicos	132	448
Chicas	435	1.568
Tasa Chicos	3,18	1,32
Tasa Chicas	11,10	4,91
p-valor bilateral	<0,001	<0,001
p-valor unilateral	<0,001	<0,001

Para el test unilateral la hipótesis alternativa es $H_1: p_m > p_h$ con p_m la proporción del evento en chicas y p_h en chicos

La Tabla 16 muestra el número absoluto de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia atendidos en urgencias, desglosados por grupos de edad desde personas menores de un año hasta adolescentes (15-17 años), para el periodo 2016-2023 y 2023. Se observa que el grupo de personas menores de un año presenta la menor cantidad de casos absolutos. Este patrón contrasta con los datos de la Tabla 7, en los cuales los niños y niñas menores de un año constituyen el grupo con mayor número de casos de violencia en hospitalizaciones. Esto sugiere que, en el ámbito sanitario, los casos de violencia en menores de un año tienden a ser detectados principalmente en el contexto de hospitalizaciones, dado que suelen presentarse con cuadros más graves que requieren ingreso y no permanecen únicamente en urgencias. No obstante, esta comparación debe interpretarse con cautela, ya que las CC. AA. no han realizado notificaciones uniformes a lo largo de los años, y además se desconoce cuántos casos atendidos en urgencias terminan siendo hospitalizados. Por tanto, solo se puede concluir que este patrón debe ser objeto de un estudio más exhaustivo una vez que todas las CC. AA. reporten de manera consistente durante varios años.

Por otro lado, los grupos de mayor edad, especialmente los y las adolescentes de 15-17 años y el grupo 10-14 años, concentran la mayor proporción de casos.

Complementariamente, la Tabla 17 presenta las tasas anuales ajustadas por cada 100.000 habitantes para cada grupo de edad. Nuevamente, se observa que las tasas más elevadas corresponden a los y las adolescentes, con 16,16 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 15-17 años en 2023. CC. AA.

Tabla 16. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, segmentados por grupos de edad para el periodo 2016-2023 y 2023.

Grupo de edad	Año	
	2023	2016-2023
0	8	33
1-4	36	140
5-9	75	294
10-14	199	674
15-17	249	877

Tabla 17. Tasas anuales por 100.000 de habitantes de los respectivos grupos de edad de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, desglosadas por grupos de edad para el periodo 2016-2023 y 2023.

Grupo de edad	Año	
	2023	
0	2,42	
1-4	2,47	
5-9	3,38	
10-14	7,87	
15-17	16,16	

Tras analizar la distribución de los casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias por sexo y edad, se explora ahora su distribución territorial. La Tabla 18 muestra la evolución de las tasas anuales de violencia detectada en urgencias por cada 100.000 personas menores de 18 años, desglosadas por CC. AA. para el periodo 2016–2023. Las tasas se calculan con base en la población de personas menores de edad de cada territorio y año. Las casillas vacías indican valores faltantes, es decir, años en los que la comunidad o ciudad autónoma correspondiente no notificó datos.

A diferencia de lo que ocurría con las hospitalizaciones, las CC. AA. tienden a notificar de forma relativamente consistente una vez que comienzan, sin dejar años sin reportar una vez iniciada la notificación.

Tabla 18. Tasas anuales de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias por 100.000 personas menores de 18 años de cada CC. AA. anonimizadas.

CC.AA.	Año							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	-	-	3,66	4,13	3,33	6,30	5,02	6,10
2	-	5,85	2,25	2,25	1,80	2,26	3,20	3,19
3	-	-	-	-	-	5,33	6,20	7,81
4	-	-	-	-	-	-	-	9,67
5	-	-	-	1,70	2,00	1,46	4,48	8,17
6	-	-	4,28	5,38	-	1,09	4,44	3,36
7	-	-	-	0,58	2,03	7,36	10,77	9,60
8	-	-	-	-	-	-	-	6,31
9	0,07	-	-	0,14	3,49	6,47	6,54	8,34
10	-	-	-	-	-	7,59	9,01	6,52
11	-	-	-	-	-	2,90	4,14	2,39
12	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	5,10	5,92	6,59	9,11
14	-	7,16	8,78	10,07	8,43	6,19	17,97	9,80
15	-	-	-	-	-	-	-	1,66
16	-	-	7,39	8,51	6,60	9,46	-	6,00
17	-	-	3,64	5,47	-	12,71	5,450	18,42
18	-	-	-	-	14,73	35,04	15,58	16,04
19	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	0,01	0,42	1,49	1,82	2,84	5,40	5,72	7,02

En [Gil-Borrelli et al., 2019]¹⁷ usan el concepto de comunidades estables y no estables. Se define una comunidad como estable si en todos sus años desde que empieza a reportar el número de casos reportados supone al menos la mitad que el máximo de la serie. Bajo esa definición encontramos que, aunque en personas menores de edad procedentes de hospitalizaciones ninguna comunidad es estable, sí que lo son para urgencias las 5 CC.AA, indicando el número entre paréntesis el número de años que ha reportado casos: 1(6), 3 (3), 10 (3), 11 (3) y 13 (4).

La Tabla 19 muestra la distribución anual de los casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia detectados en urgencias, diferenciados por país de nacimiento (España vs extranjero), durante

¹⁷ Gil-Borrelli, C. C., Latasa Zamalloa, P., Martín Ríos, M. D., and Rodríguez Arenas, M. (2019). La violencia interpersonal en España a través del conjunto mínimo básico de datos. *Gaceta Sanitaria*, 33:317–324.

el periodo 2016–2023. Además del recuento absoluto de casos, se presentan las tasas por 100.000 personas menores de edad en cada grupo poblacional y los resultados de los tests exactos de Fisher (bilateral y unilateral) para comparar la incidencia relativa entre ambos grupos.

En términos absolutos, la mayoría de los casos corresponden a personas menores de edad nacidas en España, lo cual es coherente con su peso demográfico dentro de la población total de personas menores de edad. En 2023, la tasa en población extranjera (19,288 por 100.000) fue más de tres veces superior a la registrada en población española (5,496 por 100.000).

Tabla 19. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias en población nacida en España y en el extranjero, junto con las tasas por 100.000 de habitantes en 2023 y 2016-2023.

País de procedencia	Año	
	2023	Total
España	455	1.654
Extranjero/a	102	283
Tasa España	5,50	2,54
Tasa Extranjero/a	19,29	6,18
p-valor bilateral	<0,001	<0,001
p-valor unilateral	<0,001	<0,001

Para el test unilateral la hipótesis alternativa es $H_1: p_x > p_e$ con p_x la proporción del evento en extranjeros y p_e en españoles.

La Tabla 20 presenta la distribución anual del número de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia notificados en urgencias, clasificados según el tipo de alta, durante el periodo 2016–2023. En total, se registraron 2.018 casos en este ámbito asistencial a lo largo del periodo analizado.

Se observa que la gran mayoría de los casos, un total de 1.840, finalizan con alta al domicilio. Otros tipos de alta son considerablemente menos frecuentes. Los trasladados a otros hospitales (31 casos en total) y a centros sociosanitarios (4 casos) representan una pequeña proporción. Llama la atención el aumento progresivo de altas voluntarias, que pasan de valores marginales en los primeros años a 12 en 2023, acumulando 28 casos en total.

Los casos clasificados como “otros” (109 en total) también muestran un crecimiento notable en los últimos años, lo cual podría responder a cambios en los criterios de registro. Finalmente, los casos con tipo de alta desconocido son poco numerosos (6 en total).

Tabla 20. Distribución anual del número de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias desglosadas por tipo de alta en 2023 y 2016-2023.

	Año	
	2023	2016-2023
Alta voluntaria	12	28
Desconocido	4	6
Domicilio	510	1.840
Traslado a otro hospital	7	31
Traslado a un centro sociosanitario	0	4

Otros	34	109
Total	567	2.018

La Tabla 21 presenta la distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, clasificados según los códigos CIE-10 y tipo de violencia, para el periodo 2016–2023.

Los códigos más frecuentes corresponden a T74.21XA (negligencia o abandono infantil, contacto inicial) con 713 casos (34,83%) y T74.22XA (Abuso sexual infantil, confirmado, contacto inicial) con 487 casos (23,79%). En conjunto, ambos tipos suman más del 58% del total de registros. La elevada incidencia de casos por negligencia observada en urgencias es consistente con los hallazgos reportados en la Tabla 12 correspondiente a hospitalizaciones, donde este tipo de violencia también figura entre los más frecuentes.

Otros códigos de relevancia incluyen T74.12XA (abuso físico infantil, contacto inicial), con 172 casos (8,40%), y T74.92XA (maltrato infantil no especificado, contacto inicial), con 385 casos (18,81%). En cuanto a formas menos frecuentes, destacan T74.32XA (maltrato psicológico infantil, contacto inicial) con 32 casos (1,56%), y T74.91XA (maltrato no especificado, episodio subsiguiente) con 92 casos (4,49%). Finalmente, otros códigos como T74.4XXA (síndrome del bebé zarandead) o T74.62XA (explotación sexual infantil, episodio subsiguiente) presentan cifras muy bajas.

Tabla 21. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, clasificados según códigos CIE-10 y tipo de violencia, durante el periodo 2016-2023 y 2023.

Código	Año		
	2023	2016-2023	% Total
Negligencia o abandono de adultos	16	25	1,2
Negligencia o abandono infantil	27	69	3,4
Abuso físico de adultos	12	49	2,4
Abuso físico infantil	43	172	8,4
Abuso sexual de adultos	203	713	34,8
Abuso sexual infantil	150	487	23,8
Abuso psicológico de adultos	2	11	0,54
Maltrato psicológico infantil	11	32	1,6
Síndrome del bebé zarandead	3	11	0,5
Explotación laboral infantil forzada	0	1	0,1
Malos tratos de adultos no especificado	19	92	4,5
Maltrato infantil no especificado	90	385	18,8
Total	576	2.047	100,0

Las tablas 22 y 23 muestran la distribución por tipo de violencia, sexo y grupo de edad para el total de la serie 2016-2023 y para el año 2023 respectivamente en urgencias. Podemos ver de la tabla 22 que en los grupos de edad 10-14 y 15-17 representan la mayoría de los contactos en urgencias y habiendo una tendencia creciente en el grupo de mujeres que relaciona edad y número de contactos. Además, en los últimos grupos de edad también crece más la diferencia entre número de contactos de niñas frente a los niños. Para la tabla 23 y en la línea del estadio general se observan las mismas tendencias que en la tabla 22. Observamos que la mayoría de los contactos en urgencias se han producido derivados de abuso sexual.

Tabla 22. Distribución por tipo de violencia, sexo y edad para el total de casos recogidos en urgencias en el

periodo 2016-2023.

Grupo de edad	0		1-4		5-9		10-14		15-17		Total
Código/Sexo	Hombre	Mujer									
Negligencia o abandono de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	18	7	25
Negligencia o abandono infantil	6	4	11	8	7	7	9	17	0	0	69
Abuso físico de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	12	37	49
Abuso físico infantil	4	0	8	6	19	17	55	62	0	0	171
Abuso sexual de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	34	678	712
Abuso sexual infantil	0	1	5	38	30	85	31	297	0	0	487
Abuso psicológico de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	11
Maltrato psicológico infantil	0	0	0	0	2	3	6	21	0	0	32
Síndrome del bebé zarandeados	1	1	1	2	0	2	0	4	0	0	11
Explotación laboral infantil forzada	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Malos tratos de adultos no especificado	0	0	0	0	0	0	0	0	16	76	92
Maltrato infantil no especificado	7	9	28	34	65	59	78	105	0	0	385
Total	18	15	53	88	123	174	179	506	85	804	2045

Tabla 23. Distribución por tipo de violencia, sexo y edad para el año 2023 de casos recogidos en urgencias.

Grupo de edad	0		1-4		5-9		10-14		15-17		Total
Código/Sexo	Hombre	Mujer									
Negligencia o abandono de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	11	5	16
Negligencia o abandono infantil	0	0	5	2	4	3	4	9	0	0	27
Abuso físico de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	12
Abuso físico infantil	1	0	1	0	5	4	15	17	0	0	43
Abuso sexual de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	6	197	203
Abuso sexual infantil	0	0	0	16	13	20	8	93	0	0	150
Abuso psicológico de adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2

Grupo de edad	0		1-4		5-9		10-14		15-17		Total
Código/Sexo	Hombre	Mujer									
Maltrato psicológico infantil	0	0	0	0	0	2	4	5	0	0	11
Síndrome del bebé zarandeadó	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3
Malos tratos de adultos no especificado	0	0	0	0	0	0	0	0	4	15	19
Maltrato infantil no especificado	4	2	9	4	13	11	25	22	0	0	90
Total	6	2	15	22	35	41	56	147	24	228	576

En total, se registraron 130 casos con información sobre la persona agresora. Dado que estos 130 casos representan solo alrededor del 7% del total de casos detectados en urgencias, no es posible extraer conclusiones definitivas a partir de los datos mostrados en las tablas siguientes. Sin embargo, resulta valioso realizar un análisis descriptivo preliminar y evaluar si las proporciones observadas se mantienen en futuros informes, cuando se cuente con un mayor volumen de registros con información sobre la persona agresora.

La Tabla 24 presenta la distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia atendidos en urgencias, clasificados según la categoría de la persona agresora cuando esta información está disponible, durante el periodo 2016-2023. En total, se registraron 130 casos con datos sobre la persona que ejerce violencia.

Los agresores más frecuentes son los progenitores biológicos, con 14 casos atribuibles al padre (código Y07.11) y 16 casos a la madre (Y07.12), representando juntos aproximadamente un 23% del total de casos con agresor identificado. Además, se observa una proporción relevante de casos con agresor no especificado (Y07.9), con 54 registros (41,5%), y una menor incidencia de otros miembros de la familia, como hermanos (Y07.410), padrastros (Y07.430), y otros familiares (Y07.499). También se registran casos con agresores externos o no familiares (Y07.59).

Tabla 24. Distribución anual de casos confirmados de violencia contra la infancia y adolescencia en urgencias, clasificados según el tipo de persona agresora cuando este es conocido, durante el periodo 2016-2023.

Código	Año							Total
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Marido	0	0	0	0	0	5	0	5
Pareja masculina	0	0	2	0	2	6	6	16
Padre biológico	0	0	1	3	4	2	4	14
Madre biológica	0	3	2	2	2	2	5	16
Hermano	0	0	0	0	1	0	0	1
Padrastro	0	0	0	0	0	0	2	2
Amigo varón de uno de los padres (residente en el hogar)	0	0	2	0	0	0	0	2
Otro miembro de la familia	0	0	1	3	1	0	0	5
Otra persona no miembro de la familia	0	1	1	1	1	2	6	12

familia	0	0	0	1	1	0	1	3
Autores múltiples	0	0	0	1	1	0	1	3
Autor no especificado	8	12	15	1	1	9	8	54

Casos con varios tipos de violencia en hospitalizaciones y urgencias

En muchos casos se identifica más de un tipo de violencia. En la serie histórica estudiada (2016-2023) y sin distinción de tipo de contacto tenemos que hay 2045 personas menores de edad con un único tipo de violencia codificada, 56 personas con dos tipos de violencia y una persona con 3 de ellas. Agrupando los códigos de violencia en categorías más generales de violencia (abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, bebé zarandeado y malos tratos no especificados) podemos observar con qué frecuencia se repiten los pares de violencias. En la tabla 25 vemos que la mayoría de las veces que hay más de un tipo de violencia y se reporta éstas son abuso físico y abuso psicológico junto al abuso físico y abuso sexual.

Tabla 25. Número de ocurrencias de los pares de violencias en las personas menores de edad que sufren más de un tipo de violencia.

Violencias		Número de ocurrencias
Abuso físico	Abuso psicológico	25
Abuso físico	Abuso sexual	10
Abuso sexual	Maltrato no especificado	6
Negligencia	Maltrato no especificado	6
Abuso sexual	Abuso psicológico	4
Abuso físico	Maltrato no especificado	3
Bebé zarandeado	Maltrato no especificado	3
Abuso sexual	Abuso sexual	1
Negligencia	Abuso físico	1

3.3.2 CC. AA.

El objetivo a futuro es recoger la información anual de las fuentes de las CC. AA. Si bien en el momento actual hay una gran variabilidad en el registro. La información puede proceder de distintas fuentes:

- **Historia Clínica Electrónica (HCE):** No todas las CC. AA. tienen un lugar específico para la recogida de situaciones de violencia contra los niños, niñas y adolescentes en la historia clínica informatizada de AP, AH y urgencias. La mayoría recogen el tipo de violencia, situación de violencia y relación con la persona que agrede, factores de riesgo psicosocial, codificación CIE10 (equivalente CIE9) y los formularios correspondientes (Notificación, Carta de Compromiso, Parte de Lesiones). En AP la mayoría dispone de un protocolo de detección de riesgo psicosocial y de desprotección que recoge factores de riesgo, señales de alerta, indicadores de maltrato generales y específicos de maltrato físico y abuso sexual, tipologías de maltrato/desprotección, algoritmo de actuación, hoja de notificación, directorio de servicios sociales, medidas adoptadas y seguimiento. En alguna existe una Guía Asistencial informatizada con ayudas textuales al diagnóstico, valoración de caso e intervención coordinada. Además, algunas CC. AA. disponen de algún automatismo de etiquetado en HCE respecto

a “sospecha de situación de violencia” en base a indicadores de sospecha. Para poder conocer la situación de la violencia en el SNS es fundamental registrar el episodio de violencia utilizando la codificación establecida en cada CC. AA., y garantizando la confidencialidad según la legislación vigente.

- **Partes de lesiones:** en próximos informes se explorará la utilidad del parte de lesiones como complemento de información asociado a la HCE, tal y como se recoge en el informe sobre violencia de género en el SNS¹⁸.
- **Hoja de notificación para la comunicación de situaciones de violencia, o sospecha, a servicios sociales.** Disponibles en todas las CC. AA. La información de estas hojas de notificación se recoge también en el RUMI, y en el futuro en el RUSSVI.

3.4 Análisis y resumen de los datos sobre violencia contra la infancia y adolescencia en el sistema sanitario

Teniendo en cuenta los contactos con diagnóstico T74 confirmado, en hospitalización ha habido un incremento en los registros sanitarios desde un 5% en 2016 a un 19% en 2023 con respecto a los notificados a RUMI desde el sistema sanitario, por lo que, con los registros actuales, no podemos tener una fotografía completa del abordaje de la violencia frente a NNA en el ámbito sanitario.

Tabla 26. Comparativa de los casos registrados en RUMI procedentes del ámbito sanitario frente a los registros obtenidos en CMBD.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Sanitario (RUMI)	1.044	1.407	1.472	1.157	1.400	1.768	2.871	3.543	14.662
CMBD (todos los contactos T74 confirmado)	50	67	173	199	308	528	543	680	2.548
- Hospitalización	49	28	48	45	65	71	65	94	465
- Urgencias	1	39	125	154	243	457	478	587	2.084
% detectado	4,79	4,76	11,75	17,20	22,00	29,86	18,91	19,22	17,39

Una cuestión para valorar es que actualmente solo contamos con datos de registros hospitalarios, por lo tanto, los registros de atención primaria se deberían sumar a estos, teniendo en cuenta también que podría notificarse el mismo caso en ambos niveles asistenciales. Para evitar duplicados sería necesario analizar los casos cruzando un identificador tipo Código de Identificación Personal (CIP), que también es posible obtener, con las necesarias precauciones para evitar la identificación directa o indirecta de los casos.

Otra cuestión que influye en la disparidad de casos detectados es que se está teniendo en cuenta solo los contactos confirmados (T74), en el futuro se podría valorar la explotación también de las sospechas (T76).

Se podrían explorar los datos que se pueden facilitar desde las CC. AA. relativos a HC, parte de lesiones u hojas de notificación a SSSS de forma similar a como se hace en el informe de CoViGe.

Para decidir la estrategia más adecuada a seguir se sugiere formar un grupo de trabajo específico en registro para establecer unas recomendaciones que fomenten el registro, así como la homogeneización del mismo dentro del sistema sanitario. En 2024 no se ha podido realizar este trabajo.

¹⁸ Informe Violencia de Género 2021.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvggt/informeVG2021.htm>

4. Actuaciones de la CoViNNA

4.1 Composición de la CoViNNA

Para coordinar y planificar todas las medidas relativas al ámbito sanitario la LOPIVI establece la creación de la Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del CISNS, creada el 6 de abril, y constituida el 6 de mayo de 2022.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 39 de la LOPIVI esta comisión cuenta con representantes de todas las CC. AA., así como con personas expertas de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses designados por el Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, representantes del Ministerio de Juventud e Infancia y Ministerio de Igualdad, así como con personas expertas de las profesiones sanitarias implicadas en la prevención, valoración y tratamiento de las víctimas de violencia contra los NNA. Con posterioridad a su creación se incorporan otros perfiles que la CoViNNA considere de interés y puede consultarse en el anexo 6.

La CoViNNA tiene establecidas según su reglamento dos reuniones ordinarias anuales, además de las reuniones extraordinarias que se pudieran convocar por motivos concretos. En 2024 se han celebrado dos sesiones:

Tabla 27. Sesiones celebradas por la CoViNNA en el año 2024.

Sesión	Fecha
Quinta sesión ordinaria	08/05/2024
Sexta sesión ordinaria	11/11/2024

Para llevar a cabo el trabajo planificado en el pleno de la CoViNNA se han creado los siguientes grupos de trabajo.

4.2 Grupos de trabajo

4.2.1 Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo

Este grupo de trabajo finalizó la elaboración del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y la Adolescencia, que fue aprobado el 22 de diciembre de 2023. Durante el año 2024 no ha tenido actividad sin embargo se ha mantenido con la finalidad de seguir elaborando, durante los próximos años, documentos técnicos que actualicen y amplíen la información contenida en el protocolo en forma de monográficos que se irán publicando periódicamente.

4.2.2 Grupo de Trabajo de Formación

Durante el 2024 la CoViNNA ha aprobado la creación de un nuevo grupo de trabajo para proporcionar asesoría técnica y revisar los materiales de formación a desarrollar como apoyo a la implementación del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia. Entre estos materiales se encuentra:

- La elaboración de un curso on-line sobre el Protocolo.
- Monográficos y seminarios de distintos temas que amplíen la información del Protocolo.
- Infografías para ciudadanía, profesionales y gestores.

4.3 Otras acciones coordinadas por la secretaría de la CoViNNA

4.3.1 Jornada de presentación del Protocolo Común de Actuación Sanitaria

El 11 de junio de 2024 se celebró en el Ministerio de Sanidad la Jornada de Presentación del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia¹⁹.

4.3.2 Página web

Toda la actividad de la Comisión se publica en el siguiente apartado de la Web del Ministerio de Sanidad: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/CoViNNA.htm>

Además, en el apartado sobre prevención de violencia en la Infancia y la adolescencia²⁰ de la web del Ministerio de Sanidad se pueden encontrar numerosos recursos sobre promoción de buen trato, prevención y abordaje de la violencia en la infancia y la adolescencia.

4.3.3 Consultas

Consejo Estatal de Participación de la Infancia y Adolescencia (CEPIA)

Desde la Secretaría de la CoViNNA, se presentó a la Comisión de Salud del Consejo Estatal de Participación de la Infancia y de la Adolescencia (CEPIA) el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia (2023) mediante una presentación adaptada a su edad. Las consejeras pudieron hacer sus aportaciones al informe disponible en la web²¹.

Cuestiones legales

El documento de cuestiones éticas y legales continúa pendiente de finalizar.

Observatorio de salud de las mujeres

Se trabaja en coordinación con el Observatorio de Salud de las Mujeres, como secretaría técnica de la Comisión contra la Violencia de Género (CoViGe), para coordinar el apartado sobre violencia sexual en NNA del Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual²² y Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual.²³

¹⁹

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/jornadas/protocoloComun_ActuacionSanitaria_frente_ViolenciaInfanciayAdolescencia.htm

²⁰ <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/home.htm>

²¹ Informe de la reunión de presentación del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia (2023) a la Comisión de Sanidad del Consejo Estatal de Participación De la Infancia y de la Adolescencia (CEPIA). 3 de junio de 2024.

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/CEPIA_InformeConsulta.pdf

²² Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual.

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_VSexual_12en2024.pdf

²³ Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual.

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf

Proyecto Barnahus

Durante el año 2024 el Ministerio de Sanidad ha mantenido su participación en el grupo asesor del proyecto "Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia a través de la cooperación y coordinación efectiva entre diferentes servicios Barnahus en las regiones de España"²⁴, coordinado por el Ministerio de Juventud e Infancia en coliderazgo en la fase II con el Ministerio de la Presidencia, Justicia y relaciones con las Cortes y financiado por la Unión Europea y el Consejo de Europa. Además, el Ministerio de Sanidad ha participado en el grupo de trabajo para la elaboración del Plan de Acción Barnahus y la Estrategia de Comunicación revisando los materiales y participando en cuatro reuniones que ha mantenido este grupo de trabajo. Varias CC.AA. han participado en el mapeo y elaboración de los materiales autonómicos.

Participación en seminarios y conferencias

En 2024 desde la secretaría técnica de la CoViNNA se ha participado en la:

- Jornada de presentación del estudio de investigación 'Radiografía y prevención de la violencia en adolescentes', dirigido por Noemí Pereda, directora del Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GReVIA) de la Universidad de Barcelona, que tuvo lugar el 20 de marzo de 2024.

4.4 Acciones de las CC. AA. en el marco de la CoViNNA

En este apartado se recogerán las acciones que han desarrollado las CC. AA. en el marco de la CoViNNA durante el año 2024.

13 CC. AA. han respondido la encuesta realizada desde la secretaría para la realización de este informe (Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Comunidad de Madrid, Melilla, Murcia, Navarra, La Rioja). Por incidencias técnicas no se ha recogido la información remitida por la Comunidad Valenciana, por lo que se incluye información resumida en el pie de página²⁵.

6 CC. AA. han aprobado o actualizado legislación relacionada con la prevención y abordaje de la violencia frente a NNA en el que esté incluido el ámbito de la salud. 1 CC. AA. está en proceso.

Tabla 28. CC.AA que han aprobado o actualizado su legislación.

CC.AA.	Legislación/Acuerdos
Rioja, La	Acuerdo interinstitucional para la coordinación en la detección y notificación de casos de abuso sexual infantil
Cataluña	• Acord Gov/97/2017 de 18 juliol, pel qual s'aprova el Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents a Catalunya https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/?documentId=793133

²⁴ [https://www.coe.int/es/web/children/barnahus-spain#%22134103929%22:\[1\]](https://www.coe.int/es/web/children/barnahus-spain#%22134103929%22:[1])

²⁵ La Comunidad Valenciana indica que se han realizado grandes avances en prevención, seguimiento y control de las niñas en riesgo de mutilación genital femenina, y se ha organizado un grupo de trabajo multidisciplinar en el contexto socio sanitario para mejorar la detección, atención y prevención de la violencia en NNA. Del mismo modo, está incluida con especial referencia la atención a las víctimas de agresiones sexuales y se está adaptando el sistema de detección de violencia de género adecuando la atención y la detección en adolescentes contemplando las nuevas formas en la que esta se manifiesta a estas edades y que no se consideraba en el programa SIVIO. Se ha creado un grupo de trabajo desde el servicio de coordinación e integración sociosanitaria que depende de la Dirección General de Atención Primaria de la Conselleria de Sanitat que tiene por objeto coordinar mediante nuevos protocolos conjuntos la prevención y atención a niños, niñas y adolescentes frente a la violencia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Llei orgànica 8/2021 de 4 de juny, de protecció integral a la infància i l'adolescència davant la violència. https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=965293 • Acord Gov/144/2023 de 4 juliol, Propostes del Govern de 14 desembre 2023, per combatre la violència sexual en la infància i l'adolescència: https://govern.cat/govern/docs/2023/12/14/14/33/7e83b382-d75d-4412-bd34-197b2e291911.pdf • Acord Gov/72/2024, de 26 març, pel qual es defineix el Servei públic d'unitat integrada d'atenció a infants i adolescents víctimes d'abusos sexuals (Barnahus). https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/?documentId=982037
Navarra, Comunidad Foral de	Ley Foral 12/2022, de 11 de mayo, de atención y protección a niños, niñas y adolescentes y de promoción de sus familias, derechos e igualdad. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-8641
Murcia, Región de	En proceso de elaboración de una Ley de Infancia y Adolescencia
Cantabria	Ley de Cantabria 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia.
Andalucía	Acuerdo de 7 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia 2023 – 2027
País Vasco	Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia. https://www.boe.es/eli/es-pv/l/2024/02/15/2

9 CC. AA. han desarrollado protocolos, guías, etc. nuevos o actualizados en relación con la prevención y abordaje de la violencia frente a NNA en el ámbito de salud. 3 CC. AA. están en proceso

Tabla 29. Guías y/o protocolos de actuación por CC.AA.

CC.AA.	Guías y/o protocolos de actuación
Baleares, Illes	<ul style="list-style-type: none"> • Desde atención primaria se está actualizando el <i>programa PSIA (Programa Salut Infanto-Juvenil)</i>, actualizando el apartado de abordaje y manejo de la violencia, y haciendo énfasis en su detección precoz y prevención. • El <i>Protocol d'actuació en casos d'abús sexual infantil i explotació sexual infantil a les Illes Balears</i> está siendo revisado/actualizado conforme a la nueva legislatura. • Se está elaborando un <i>Protocolo autonómico de atención sanitaria a los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados</i> multidisciplinar, incluyendo los aspectos relacionados con la detección precoz, y atención de las situaciones de violencia contra la infancia.
Madrid, Comunidad de	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Protocolo de atención sanitaria urgente a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual reciente en la Comunidad de Madrid “Protocolo Código VISNNA”</i>. Este protocolo se finalizó en octubre del 2024 y ha entrado en vigor su implantación en 26 hospitales de la Comunidad de Madrid desde

	<p>el 1 de abril del 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> En el año 2024 se ha actualizado el “<i>Procedimiento de notificación ante sospecha de maltrato infantil en Atención Primaria</i>”. Algunos hospitales de la Comunidad de Madrid han actualizado durante el año 2024 sus protocolos internos en relación a menores víctimas de violencia/maltrato.
Asturias, Principado de	<ul style="list-style-type: none"> <i>Protocolo para mejorar la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género</i> (para mujeres mayores de 14 años). Está actualizado del 2024 pendiente de publicación en Astursalud. <i>Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil</i> (para menores de 14 años) <i>Guía de Pautas Básicas para la actuación sanitaria ante violencia sexual en el Principado de Asturias</i>.
Cantabria	<i>Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario</i> .
Navarra, Comunidad Foral de	En proceso de operativizar en Navarra el protocolo común aprobado por CINS
Murcia, Región de	<ul style="list-style-type: none"> En proceso. Se encuentra en elaboración una <i>Actualización del Protocolo de Atención a la violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA) en el ámbito sanitario</i>. Este documento se está actualizando a la vez que se está actualizando la atención en todos los ámbitos implicados. Además, el 28 de marzo Política Social presentó el <i>Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia Sexual de la Región de Murcia</i>, que incluye infancia y adolescencia e incluye el ámbito sanitario, entre otros.
Castilla y León	<u>Guía de Promoción del Buen uso de las TIC en la Comunidad desde los servicios sanitarios</u> , donde se trabaja el abordaje de las ciberviolencias.
Galicia	<u>Procedemento de actuación fronte as situacións de violencia na infancia e na adolescencia en Galicia no ámbito da saúde</u>
Rioja, La	<i>Programa de detección, notificación y registro de maltrato infantil, 2003</i>
Canarias	<p><u>Protocolo de Actuación Sanitaria y Coordinación Interinstitucional para el Abordaje de las situaciones de Violencia en la Infancia y Adolescencia de Canarias. Abril 2024</u></p> <p>El <u>protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en Atención Primaria</u> que abarca a población mayor de 15 años y está en proceso de actualización</p>
Cataluña	Se continua en el proceso de revisión del <u>Protocol d'Actuació Davant del Maltractament en la Infància i l'adolescència en l'àmbit Sanitari del año 2019</u> , incorporando los aspectos novedosos de la Ley Orgánica 8/2021 de 4 de junio de Protección Integral en la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI) y alineándolo al reciente protocolo elaborado por el Ministerio de Sanidad.
País Vasco	<u>Protocolo de actuación ante la agresión sexual contra niñas, niños y adolescentes</u>

en el ámbito sanitario. Sociedad Vasco Navarra de Pediatría (SVNP).

1 CC. AA. refiere la actualización de los protocolos existentes en línea con el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia (2023) (indicador plan acción AP 2025-2027). Canarias. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f9a00df-f59b-11ee-8298-574ddb402825/Violencia_IA_Completo.pdf

10 CC. AA. refieren estrategias o planes relacionados con la prevención y abordaje de la violencia frente a NNA en el ámbito de salud.

Tabla 30. Planes estratégicos por CC.AA.

CC.AA.	Planes estratégicos
Andalucía	<p>Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia 2023 – 2027</p> <p>Red Sabia (buen trato y atención al maltrato en la infancia), proyecto de capacitación de profesionales sanitarios en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (https://www.redsabia.org/). Entre otros, en 2024, se ha realizado el curso 'Protocolo común sanitario frente a la violencia en la infancia y la adolescencia'.</p> <p>Una ventana abierta a la familia. Plataforma de comunicación del sistema de salud con padres y madres para una crianza saludable y basada en el buen trato. Incluye apartados sobre buen trato, promoción de parentalidad positiva y prevención de la violencia en la infancia (https://www.ventanafamilias.es/).</p> <p>Acuerdo de 19 de noviembre de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento de las actuaciones realizadas por la Consejería de Salud y Consumo para la implementación del Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía 2023-2027 (https://juntadeandalucia.es/organismos/consejo/sesion/detalle/544468.html)</p> <p>²⁶</p>

²⁶ i. Se ha comenzado el pilotaje del proyecto de unidades de pediatría social. Mediante este proyecto se plantea la creación de Unidades de pediatría social provinciales intersectoriales para organizar funcionalmente la atención integral de la problemática social infanto-juvenil. Formarían parte de estas unidades, inicialmente, representantes de las Delegaciones Territoriales de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; Justicia, Administración Local y Función Pública; Desarrollo Educativo y Formación Profesional y de Universidad, Investigación e Innovación; Turismo, Cultura y Deporte, y Salud y Consumo. Si se estima necesario dentro del ámbito provincial la incorporación de entidades locales no habría inconveniente.

ii. Technical Support Instrumento (Comisión Europea) 'Apoyo al bienestar emocional y la salud mental de los niños/as del sistema de protección de menores'. financiado por la Unión Europea e implementado por la Sección de Protección de la Infancia de la Oficina Regional de Unicef para Europa y Asia Central (<https://juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/190043/saludmental/bienestaremocional/ninos/ninas/adolescentes/sistemadeatencionyproteccion/proyectoEuropeo/Unicef/ConsejeriadeSaludyConsumo/ConsejeriadeInclusionSocial/Juventud/Familias eIgualdad/JuntadeAndalucia>)

iii. Proyecto 'Detección y abordaje de las experiencias adversas en la infancia'. Esta iniciativa persigue incrementar el conocimiento y la sensibilización profesional sobre la naturaleza de la adversidad infantil y sus repercusiones en la salud física y mental, el desarrollo evolutivo y el bienestar y prosperidad a lo largo del ciclo vital; mejorar la capacidad del sistema de salud para prevenir e identificar precozmente las experiencias adversas en la infancia, así como para desarrollar estrategias específicas de seguimiento y apoyo profesional bajo un modelo orientado al trauma; y de generar un programa de atención a la salud mental de adolescentes y personas jóvenes afectadas por la adversidad temprana. La propuesta se impulsa desde la Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, el SAS y la Escuela Andaluza de Salud Pública S.A. (EASP), y la colaboración de profesionales de las Consejerías competentes en materia de educación, justicia, servicios sociales y otras instituciones, como la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz y la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, así como el propio movimiento asociativo. (https://www.redsabia.org/pluginfile.php/2511/mod_resource/content/1/Expadverinfancia_v30abril24.pdf).

Asturias, Principado de	Actualmente se está trabajando en la redacción de la <i>Estrategia Asturiana para la Promoción de los Derechos y Erradicación de la Violencia contra la Infancia y la Adolescencia (2024-2030)</i> liderada por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.
Cataluña	<i>Documento marco de las Unidades Integradas de Atención a la Infancia y la Adolescencia</i> víctimas de violencia sexual: https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicaciones/02publicaciones_de_bs/04_familia_infancia_adolescencia/marc-atencio-infants-adolescents-violencia-sexual/2024_Document-Marc-Barnahus_9.12_definitiu.pdf
Castilla y León	<i>Estrategia de Salud Comunitaria</i> donde se trabaja el abordaje biopsicosocial de la salud y se trabaja con el enfoque de determinantes sociales que influyen en la salud, entre ellos la violencia de género. Las acciones comunitarias se enfocan desde una perspectiva de promoción de los buenos tratos: Escuelas de madres y padres, Educación para la salud prenatal, Educación afectivo sexual en centros educativos, etc. Portal de salud comunitaria: https://www.saludcastillayleon.es/saludcomunitaria
Baleares, Illes	Existencia de la Comisión de Pediatría Social de las Islas Baleares, trabajando en varios protocolos autonómicos en el ámbito de violencia (ver más adelante)
Navarra, Comunidad Foral de	Participación en <i>Barnahus</i> , previsto inicio en septiembre de 2025. Ya está contratado el personal para ello.
Rioja, La	<i>Programa de detección, notificación y registro de maltrato infantil, 2003</i>
Murcia, Región de	<i>Protocolo de Atención a la violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA) en el ámbito sanitario</i> en elaboración.
Melilla	Proyecto de digitalización en historia clínica de la violencia en NNA
País Vasco	Estrategia Vasca contra la Violencia hacia la Infancia y la Adolescencia 2022-2025. https://www.euskadi.eus/infancia/

12 CC. AA. han creado comisiones, comités, grupos de trabajo, servicios, unidades, etc. específicamente para la prevención y abordaje de la violencia frente a NNA en el ámbito de salud

Tabla 31. Comisiones, comités, grupos de trabajo, servicios y unidades creadas.

CC.AA.	Comisiones, comités, grupos de trabajo, servicios y unidades creadas
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de unidades de pediatría social (ver nota al pie 27) • Proyecto 'Detección y abordaje de las experiencias adversas en la infancia' (ver nota al pie 27)
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión para la revisión del Protocol d'Actuació Davant del Maltractament en la Infància i L'adolescència en l'àmbit Sanitari.

iv. 'La perspectiva de la infancia en la atención a la violencia de género' dentro de las Jornadas provinciales contra la violencia de género que se desarrollarán en las ocho provincias andaluzas en noviembre de 2024.

	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de seguimiento de la estrategia Barnahus para el abordaje integral de la violencia sexual contra la infancia y la adolescencia en Catalunya. • Grupo motor interdepartamental del Modelo de Atención en Salud Barnahus.
Madrid, Comunidad de	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el año 2005 Comisión Técnica de Acciones en salud frente a la VG donde están representadas todas las estructuras de la Consejería de Sanidad. Esta Comisión también se ocupa desde el año 2023 de coordinar las acciones en materia de prevención y acciones sanitarias en relación a la violencia contra la infancia y adolescencia. • En el 2023 y hasta diciembre del 2024: Grupo de trabajo para la elaboración del protocolo código VISNNA “Protocolo de atención sanitaria urgente a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual reciente en la Comunidad de Madrid “Protocolo Código VISNNA”, como sea mencionado anteriormente • Se han creado estructuras locales para la prevención y abordaje de la violencia en la infancia en 3 hospitales.
Rioja, La	Acuerdo interinstitucional para la coordinación en la detección y notificación de casos de abuso sexual infantil
Murcia, Región de	En diciembre de 2024 se creó un grupo de trabajo para actualización del Protocolo de Atención a la violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA) en el ámbito sanitario
Asturias, Principado de	<ul style="list-style-type: none"> • En relación con la redacción de la Estrategia arriba comentada se han hecho varios GT con profesionales de distintas consejerías, fuerzas de la seguridad, sanidad, justicia, tercer sector, etc. para desarrollar las acciones. • De ahí ha partido la reactivación de una Comisión de seguimiento de la LOPIVI y cumplimiento de la Estrategia, así como de un itinerario formativo para la VNNA • Hay también dentro de SESPA (sanidad Asturias) un GT para homogeneizar la atención en los centros de salud mental infanto-juvenil en todo el Principado de Asturias. • Existe un Programa de Atención Psicosocial de la mujer dentro de salud mental SESPA donde se atienden a mujeres a partir de 14 años con todo tipo de violencia
Castilla y León	Grupo de promoción del buen uso de las TIC, Grupo de trabajo de Educación para la salud prenatal (incluyendo enfoque de buenos tratos y desarrollo del vínculo de apego), Red de formadores/as sanitarias en violencia de género y Red de Educación Afectivo Sexual en centros educativos.
Melilla	Programación de reunión para formación de Comité y creación del Grupo de Trabajo específicamente para la prevención y abordaje de la violencia en NNA
Baleares, Illes	<p>Se ha constituido de forma oficial la Comisión de Pediatría Social del Servicio de Salut de las Islas Baleares, de carácter multidisciplinar con participación de Atención Primaria y Hospitalaria, Servicios Sociales y Educación.</p> <p>Se han creado dentro de la comisión varios Grupos de Trabajo, que están trabajando en la actualización y coordinación de los aspectos relacionados</p>

	<p>competencia del grupo de trabajo, con el objetivo de tener protocolos de actuación comunes, coordinados entre los distintos ámbitos asistenciales, y con planes de acción para su implantación y seguimiento.</p> <p>Los GT creados son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GT de Abuso sexual y explotación sexual infantil. - GT de adaptación a la LOPIVI - GT de Barnahus - GT de Violencia contra la infancia. - GT de Menores no acompañados. - GT de menores en Centros Tutelados. - GT de Formación.
Canarias	Se había creado en años anteriores un grupo de trabajo para la elaboración del protocolo publicado.
Navarra, Comunidad Foral de	Se trabaja en grupos transversales de integración asistencial e interdepartamentales que ya existían
Galicia	Sí. Existe un grupo de trabajo sobre la Violencia en la Infancia y la adolescencia en el ámbito de la salud.

10 CC. AA refieren reuniones de coordinación con otros ámbitos

Tabla 32. CC. AA. que refieren reuniones de coordinación con otros ámbitos.

CC.AA.	Reuniones de coordinación con otros ámbitos
Madrid, Comunidad de	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo de las zonas y municipios se han realizado diversas reuniones de distintas estructuras de coordinación tanto a nivel intrahospitalario como con otros ámbitos (AP, etc.) que trabajan en el abordaje de la violencia contra la infancia.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones cuatrimestrales de coordinación con los equipos de Salud de cada una de las Barnahus de Cataluña • Reuniones trimestrales globales con la totalidad de los equipos de salud de todas las Barnahus del territorio catalán • Reuniones cuatrimestrales de coordinación de los Equipos Funcionales de Expertos en maltrato grave.
Navarra, Comunidad Foral de	Con Justicia, Educación, Derechos Sociales, Juventud, Participación ciudadana, Federación de Municipios y Concejos
Murcia, Región de	En relación con la violencia sexual, en febrero de 2024 se llevó a cabo la última reunión del Grupo interinstitucional e interdepartamental: "Creando cimientos para Barnahus" en esta reunión se acordó revisar y actualizar los protocolos existentes.
Melilla	Grupo de trabajo intersectorial "Proyecto piloto de Unicef "Salud mental en Menores migrantes"
Asturias,	Las mencionadas anteriormente dentro de la elaboración de la Estrategia VNNA

Principado de Asturias	Asturias. Pendiente queda la creación de grupos de coordinación intersectoriales para mejorar el abordaje de todos los actores implicados en la VNNA.
Castilla y León	Reunión de Evaluación en Castilla y León del Convenio de Estambul para el Informe GREVIO (Grupo de Expertos en la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica), donde se pusieron en común los servicios y formas de coordinación en prevención y atención de la violencia de género, sexual e infantil. Se realizan desde SACYL formaciones a las que se invita a otras entidades: sanitarios, servicios sociales y educación para mejorar el trabajo conjunto y la coordinación en el abordaje de casos.
Canarias	Se creó una comisión de seguimiento del protocolo publicado con todos los ámbitos implicados en el mismo: Dirección General de Protección a la Infancia y las Familias, Policía nacional UFAM, Policía Canaria, Guardia Civil EMUME, fiscalía, Instituto de medicina legal, Magistrado del Juzgado de violencia en la infancia y la adolescencia, 112 y Servicio Canario de la Salud
Baleares, Illes	Se han realizado reuniones interinstitucionales periódicas con Servicios Sociales, Infancia y Familia y Consells Insulares (tutela de menores delegada en los Consells Insulares), Fiscalía de Menores y Forenses, Policía, Centros Educativos y Observatorio de la Infancia y Adolescencia) y multidisciplinares, con el objetivo de mejorar la coordinación y la atención de los menores, dentro de las actividades de coordinación promovidas desde la Comisión de Pediatría Social del Servicio de Salut, desde la Coordinación Autonómica de Pediatría del Servicio de Salut y desde la Subdirección de Humanización y Formación del Servicio de Salut. Además de la participación en Reuniones de Coordinación promovidas desde los otros ámbitos (especialmente desde Servicios Sociales).
Andalucía	Coordinación regular con la Consejería de Inclusión (Dirección General de Infancia y Adolescencia) en los proyectos arriba relacionados: Detección y abordaje de las experiencias adversas en la infancia', Technical Support Instrumento (Comisión Europea) 'Apoyo al bienestar emocional y la salud mental de los niños/as del sistema de protección de menores' y III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía. También con relación a los proyectos referidos y a las iniciativas de capacitación de profesionales sanitarios, coordinación regular con Unicef.comité Andalucía y Defensor del pueblo/Defensor del Menor de Andalucía.

11 CC. AA. refieren actividades y proyectos relacionados con la prevención y abordaje de la violencia frente a NNA en el ámbito de salud.

Tabla 33. CC.AA que refieren actividades y proyectos relacionados con la prevención y abordaje de la violencia.

CC.AA.	Actividades y proyectos relacionados con la prevención y abordaje de la violencia
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de la página web sobre violencias en la infancia y la adolescencia del Departament de Salut.

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un circuito de atención urgente en Salud ante la violencia sexual en el ámbito infanto-juvenil y de adultos en Cataluña (en curso). • Evaluación de la transmisión de información a las familias de neonatos sobre el síndrome del zarandeo en las unidades de neonatos y en las consultas de pediatría durante los primeros meses de vida (en curso).
Baleares, Illes	Actualización de los protocolos de actuación y Coordinación promovidos desde la Comisión de pediatría Social en relación con los Grupos de trabajo constituidos, ya referidos.
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en la promoción de los buenos tratos desde el ámbito sanitario y atención al maltrato infantil. • Incorporación de la parentalidad positiva, buenos tratos y fomento del vínculo de apego en la Educación prenatal de las matronas en AP y en las Escuelas de madres y padre desde AP • Herramientas como la Guía del Buen uso de las TIC, que facilita los servicios de cartera de prevención, detección y atención de ciberviolencias.
Cantabria	Protocolo de prevención detección precoz e intervención ante los casos de abuso sexual infantil en la comunidad de Cantabria (en elaboración)
Melilla	Proyecto de Jornadas de Formación específica para Atención primaria
Navarra, Comunidad Foral de	Revisión, modificación y unificación en AP y AH de los criterios (sospecha, diagnóstico) definidos en el protocolo y su registro en Historia clínica.
Canarias	Se han realizado actividades de formación en jornadas de pediatría. Y jornadas específicas de abordaje de la violencia para profesionales de varios ámbitos Clave-A: Categorías
Asturias, Principado de	Servicio sanitario especializado para la atención de la violencia en personas menores de edad: Programa de Atención Psicosocial de la mujer donde se atienden a mujeres a partir de 14 años que sufren o han sufrido procesos de violencia de género y agresión sexual.
Rioja, La	Servicios sociales policía, medio educativo, instituto legal.
Murcia, Región de	Tras la publicación del protocolo actualizado se desarrollarán actuaciones.
Andalucía	Ver apartados previos

Respecto a la inclusión en la cartera de servicios de Atención Primaria de la prevención y abordaje de la violencia frente a NNA en el ámbito de salud, en 8 CC. AA. ya estaba incluido (Andalucía, Cataluña, Baleares, Castilla y León, Cantabria, Navarra, Canarias, Madrid). Ninguna lo ha incluido en 2022. En 2 CC. AA. está previsto que se incluya (Melilla, La Rioja).

8 CC. AA. han recopilado datos en registros existentes (Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña, Baleares, Castilla y León, Navarra, Madrid)

Tabla 34. Sistemas de registros por CC.AA.

CC.AA.	Sistemas de registros
--------	-----------------------

Andalucía	A través de partes de lesiones y hojas de notificación del Sistema de información del maltrato infantil (SIMIA)
Asturias, Principado de	La recogida de casos de VNNA en Asturias no está sistematizada. Sí en la VG.
Canarias	<p>Se dispone de un registro informatizado en la HCE Drago AP que permite tener cuadros de mandos centralizados para la explotación de todos los datos cumplimentados por profesionales a la luz del Protocolo de Detección y Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en AP. Esto permite explotar los datos de detección y de las actuaciones realizadas en mujeres a partir de 15 años y por Áreas de Salud en nuestra Comunidad y evaluar las actuaciones realizadas.</p> <p>En dicho registro se recogen, desde los instrumentos utilizados para hacer detección: Test de WATS o Historia clínica específica con preguntas de ayuda, los indicadores de sospecha detectados y criterios de vulnerabilidad de la mujer, las valoraciones biopsicosociales realizadas los diagnósticos y actuaciones realizadas.</p> <p>Por otro lado, se tienen los partes de lesiones, informes a la fiscalía y a la D. G. de protección a la Infancia y las Familias informatizados e incluidos en la HCE lo que permiten obtener datos tanto de AP, Atención hospitalaria y de los Servicios de Urgencias.</p>
Cataluña	<p>Se dispone del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI-Salut), que recoge los casos atendidos en los centros hospitalarios de Cataluña.</p> <p>En la variante Barnahus, se utiliza el Registro SINIA, que lidera la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA)²⁷ del Departament de Drets Socials i Inclusió.</p>
Baleares, Illes	Datos procedentes del Registro unificado de maltrato infantil correspondiente al año 2024.
Castilla y León	Se recopila datos de casos de maltrato en la infancia detectados en AP y Hospital. Se recogen indicadores de detección precoz en las consultas de revisión de la infancia (haber investigado y descartado o no maltrato).
Navarra, Comunidad Foral de	Podemos monitorizar los registros de casos detectados y registrados en historia clínica
Madrid, Comunidad de	<ul style="list-style-type: none"> Desde AP se recopilan los datos tanto en los registros específicos de AP Madrid como en el registro propio de la Comunidad de Madrid Los registros en AH se encuentran en pediatría social, comisión de VG, trabajo social, atención al paciente, HCE o registros específicos.

3 CC. AA. han actualizado las hojas de notificación²⁸

²⁷ La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) fue sustituida por la Dirección General de Prevención y Protección de la Infancia y la Adolescencia (DGPIA) en Cataluña en mayo de 2025.

²⁸ Galicia: Sin embargo, tal y como se recoge en el procedimiento recientemente publicado, desde sanidad se notifica a otras entidades (Consellería de Política Social, Consellería de Xustiza) como parte del procedimiento para el abordaje de la posible situación de violencia, y se hace mediante documentos de notificación específicos y consensuados en el GT. Desde sanidad no se notifica a ningún registro (RUMI).

Tabla 35. CC.AA que han actualizado las hojas de notificación.

CC.AA.	Actualización de las hojas de notificación
Cataluña	Disponemos de las hojas de notificación a la DGAIA y JUZGADO.
Balears, Illes	Actualmente se están realizando reuniones con los servicios Sociales de Infancia y Familia para valorar realizar modificaciones del sistema de registro actual (RUMI).
Madrid, Comunidad de	Desde Atención Primaria en el año 2024 se ha actualizado el “Procedimiento de notificación ante sospecha de maltrato infantil en Atención Primaria”.

5 CC. AA. han modificado la historia clínica

Tabla 36. CC.AA que han modificado su historia clínica.

CC.AA.	Modificación de la historia clínica
Rioja, La	
Galicia	Se llevó a cabo una modificación del parte de lesiones para poder incorporar un campo de registro específico de violencia en la infancia y la adolescencia.
Navarra, Comunidad Foral de	Agrupar, añadir o modificar según el caso los items de sospecha
Cataluña	En proceso de conversión del soporte HC3 de la historia clínica compartida a uno más operativo HES, que permitirá una mejor consulta, gestión y explotación de los datos.
Balears, Illes	Se están realizando propuestas de modificación y modificaciones en las historias clínicas informatizadas para recoger los aspectos relacionados con la violencia contra la infancia, a partir de los Grupo de trabajo de Pediatría Social del Servicio de Salud.

6 CC. AA. han participado en el [Proyecto conjunto de la Unión Europea y el Consejo de Europa “Barnahus en España – Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia entre los diferentes servicios tipo Barnahus en las regiones de España](#).

Tabla 37. CC.AA que han participado en el El Proyecto conjunto de la Unión Europea y el Consejo de Europa “Barnahus en España – Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia entre los diferentes servicios tipo Barnahus en las regiones de España.

CC.AA.	Participación en proyecto Barnahus
Murcia, Región de	Reuniones intersectoriales coordinadas por la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad. Actualización de protocolos
Cantabria	Protocolo de notificación y derivación desde salud a la unidad Barnahus
Canarias	Asistencia a la reunión de trabajo y visita de estudio en Las Palmas los días 14 y 15 de marzo

Asturias, Principado de	GT impulsado por el Ministerio y coordinado por la Viceconsejería de Justicia del Principado de Asturias dentro de la Fase II del Barnahus
Navarra, Comunidad Foral de	Implementación del modelo, formación de profesionales, procedimientos y protocolos de derivación, atención.
Cataluña	<p>Desde el Departament de Salut se ha participado en el diseño e implementación del nuevo modelo de atención a las violencias sexuales y en la constitución y despliegue de las 13 Unidades Integradas de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Barnahus) Tras el inicio de la prueba piloto de la Barnahus de Tarragona en el año 2020, durante el año 2024, han entrado en funcionamiento las siguientes Barnahus en todo el territorio catalán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnahus Terrassa • Barnahus Granollers • Barnahus la Seu d'Urgell • Barnahus Lleida • Barnahus Girona • Barnahus Tortosa • Barnahus Vilanova i la Geltrú • Barnahus el Prat de Llobregat • Barnahus Barcelona: siendo una doble unidad en un solo espacio, con dos equipos interdepartamentales e interdisciplinares de profesionales. • Barnahus Badalona • Barnahus Mataró • Barnahus Manresa. <p>https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescencia/protectio_a_la_infancia_i_ladolescencia/barnahus/index.html</p> <p>https://dixit.gencat.cat/es/detalls/Noticies/nova_barnahus_barcelona.html</p>
Balears, Illes	Si, con el liderazgo los Servicios Sociales de Infancia y familia. Actualmente se actualizando el mapeo en Baleares, con la coordinación de Save the Children.
Andalucía	Participación en eventos organizados por el punto focal en Andalucía

Otras acciones no especificadas previamente

Madrid, Comunidad de	<ul style="list-style-type: none"> • En noviembre del 2024 y previo la entrada en vigor del (referentes del protocolo código VISNNA “Protocolo de atención sanitaria urgente a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual reciente en la Comunidad de Madrid, se creó la red de referentes VISNNA (uno por hospital de los 26 hospitales de la CM donde se ha implantado en el 2025) y se realizó una sesión formativa con ellos en noviembre del 2024 de cara a resolver dudas sobre la futura implementación del protocolo. • También se han realizado acciones sobre todo formativas (Jornadas, cursos, sesiones) tanto a nivel de hospitales como de AP.
-------------------------	--

11 CC. AA. refieren acciones formativas relacionadas con la prevención y abordaje de la violencia frente a NNA en el ámbito de salud. Todas las formaciones referidas están acreditadas.

Tabla 38. Acciones formativas impulsadas por CC.AA.

CC.AA.	Nº	Formato	Tipo actividad ²⁹	Horas lectivas total (rango)	Perfil alumnado	Nº alumnado (hombres/ mujeres)	Nº profesorado (hombres/ mujeres)	Ámbito
Madrid, Comunidad de	21	7 D 14 P	5 B	181,5 (5-24)	Medicina (incl. Pediatría,), Enfermería (incl. Pediatría), TSS, celadores, farmacia, psicología clínica, múltiples perfiles	1085 (146H/929M)		AP AH SM
Galicia ³⁰	1	D	S	7	Medicina (incl. Pediatría,), Enfermería (incl. Pediatría), TSS,			Mixto
Melilla	1	P	B		Medicina (incl. Pediatría,), Enfermería (incl. Pediatría), TSS, Profesorado, Educadores.	50 (25H725M)		AP AH Urg SM Todos los ámbitos
Castilla y León ³¹	7	3 P 1 D 3 H	1 B 2 A 4 S	93,5 (1-30)	Medicina (incl. Pediatría, FyC, urg), Enfermería (incl. Pediatría, FyC, urg), TSS, Equipos de Salud mental Todos los perfiles. Invitados: Servicios Sociales y Entidades y organizaciones que trabajan por la infancia	615 (48H/567M)	20 (5H/15M)	AP AH Urg SM Todos los ámbitos
Rioja, La	1	P	B	10	Medicina (incl. Pediatría), Enfermería (incl. Pediatría), TSS			AP AH Urg SM
Murcia, Región de ³²	5	2 H 2 P	3 B 1 A	148	Medicina (incl. Pediatría, MIR),	1364 (39H/5M)	8 (8H)	AP municipio

²⁹ Definiciones extraídas del informe CoViGe

- Sensibilización. Actividades de 10h o menos de duración. Dentro de este apartado de sensibilización conviene tener en cuenta que quedan englobadas tanto las actividades específicas de formación continuada respecto a prevención y detección precoz de la violencia contra la infancia y adolescencia.
- Otras actividades de Sensibilización. Aquellas otras acciones de formación continuada que no siendo específicas de violencia contra la infancia y adolescencia incluyen algún módulo relacionado (ejemplo: acciones formativas que, entre sus contenidos, contempla un pequeño módulo o apartado de menos de 10h en las que se aborde el problema de la violencia contra la infancia y la adolescencia y su impacto en la salud)
- Formación básica. Curso sobre prevención y detección precoz de la violencia contra la infancia y adolescencia desde el ámbito sanitario, de más de 10 horas. Puede ser presencial o formato on-line, también semipresencial.
- Formación avanzada. Donde se incluyen Jornadas Técnicas, Seminarios Formativos, Talleres, Sesiones Clínicas y Formación de formadoras/es especializada y/o específica en materia de prevención y detección precoz de violencia contra la infancia y adolescencia, para capacitación de profesionales de un ámbito asistencial determinado, o en determinados aspectos de la atención a este problema (ejemplo: formación en evaluación del riesgo, en entrevista clínica, etc.)
- Formación de formadores/as. Facilita a muchas CCAA la formación en red para llegar a profesionales de más centros y servicios sanitarios.

³⁰Galicia: <https://extranet.sergas.es/FEWEB/FEWEB/DetalleActividad.aspx?CodCurso=C02A538A1746EC68D586C4BA2BFD4454>
³¹ Castilla y León: Además de estas formaciones específicas, en las formaciones sobre violencia de género se incluye la atención a niños y niñas que sufren violencia de género. En 2024 se realizaron 50 formaciones con 1.240 personas formadas, , incluido el Curso de Educación Integral en Sexualidad en Centros Educativos y Prevención de la Violencia de Género.

Además de los profesionales de SACYL, algunas actividades han participado 105 profesionales invitados de Servicios Sociales y Entidades que trabajan por la infancia

<https://www.saludcastillayleon.es/saludcomunitaria/es/salud-comunitaria-atencion-primaria/lineas-accion-comunitaria/promocion-buen-uso-tic-comunidad-servicios-sanitarios>
³² Región de Murcia:

<https://www.ffis.es/ffis/detalleCurso.jsf?c=2356&e=1>
<https://acreditacion.murciasalud.es/adminactividades/actividades/ver/id/44176>

CC.AA.	Nº	Formato	Tipo actividad ²⁹	Horas lectivas total (rango)	Perfil alumnado	Nº alumnado (hombres/mujeres)	Nº profesorado (hombres/mujeres)	Ámbito
			1 S		Enfermería (incl. Pediatría, EIR), TSS, Matrona y enfermería escolar, Profesionales de diferentes ámbitos que trabajan directamente con niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual en el municipio de Totana.			
Canarias ³³	4	2 P 2 H	3 A	59 (11-17)	Medicina (incl. Pediatría), Enfermería (incl. Pediatría), TSS, emergencias, fuerzas y cuerpos de seguridad, educación, servicios sociales	2449 (269H/1928M)	52 (12H/43M)	AP AH Urg
Asturias, Principado de ³⁴	3	D	B	17 (3.5-10)	Medicina (incl. Pediatría), Enfermería (incl. Pediatría), TSS, TCAE	474		AP AH Urg SM
Cataluña ³⁵	4	3 D 1 H	1 B 1 A 2 S	58,5 (4-40,5)	Medicina (incl. Pediatría, Psiquiatría), Enfermería (incl. Pediatría, FyC, salud mental), TSS, Psicología clínica, psicología general sanitaria, Educación social y terapia ocupacional de salud mental. Profesionales de las Unidades Integradas Barnahus (interdepartamental)	203	25 (5H/20M)	AP SM Barnahus
Baleares, Illes	3	2 P 1 H	B	4 (móduos 1 hora)	Medicina (incl. FyC, MIR), Enfermería (incl. EIR)	230 (55H/175M)	40 (12H/18M)	AP AH Urg
Andalucía	3	1P	1S					AP AH SM

<https://acreditacion.murciasalud.es/adminactividades/actividades/ver/id/43780>

³³ Canarias: <https://campus.clave-a.com/course/>

Respecto a los datos de alumnado no cuadra la suma de hombres y mujeres con el total porque también se recogía el número de las personas no binarias y en algunos casos no estaba especificado.

³⁴ Principado de Asturias.

- https://iaap.asturias.es/agenda/detalle-actividad?p_p_id=pa_iaap_agenda_web_portlet_AgendaWebPortlet_INSTANCE_uzNRdGZSU8g8&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_r_p_numEdicion=6&p_r_p_codCurso=2025ES0591
- https://programaiaap.asturias.es/detalle-de-curso?p_r_p_contentId=3485413

³⁵ Cataluña: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/salut-escola/professionals-salut/maltractament-violencia-sexual-infantil/>

CC.AA.	Nº	Formato	Tipo actividad ²⁹	Horas lectivas total (rango)	Perfil alumnado	Nº alumnado (hombres/ mujeres)	Nº profesorado (hombres/ mujeres)	Ámbito
Total	53			5780,5		6470 (582H/3629M)	145 (42H/140M)	

Algunos cursos no disponen de todos los datos. Se dan datos agrupados por CC. AA. P:presencial, D: a distancia, H: híbrido, B: básica, A: avanzada, S: Sensibilización AP: atención, primaria, AH: atención hospitalaria, urg: urgencias, SM: salud mental, TSS: trabajo social sanitario, FyC: familiar y comunitaria

Este año, como novedad, se han incluido algunas preguntas relacionadas con el Proyecto Barnahus³⁶ de cara a sistematizar su recogida en el futuro, pero varias CC. AA. ya lo habían enviado directamente a la coordinación del proyecto, por lo que no se ha duplicado aquí la respuesta. Podrá consultarse en los informes publicados en la web de la nota al pie.

5. Anexos

5.1 Anexo 1: codificación CIE-9MC³⁷ para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia

Tabla 39. codificación CIE-9MC para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia.

Código CIE-9MC	Concepto
995.5	Síndrome de malos tratos de niños Síndrome de bebé o niño apaleado NEOM Malos tratos psíquicos y/o alimenticios de niños Emplear código(s) adicional(es), si es necesario para identificar lesiones asociadas
995.50	Malos tratos infantiles, no especificados
995.51	Malos tratos psicológico/emocionales a niños
995.52	Abandono de niños (alimenticio)
995.53	Violaciones a menores
995.54	Malos tratos físicos a menores Síndrome de bebés o niños maltratados Excluye: síndrome del niño maltratado (995.55)
995.55	Copiar al portapapeles código final Consultar correspondencia entre clasificaciones Síndrome del niño zarandeados Usar código(s) adicional(es) para identificar cualquier lesión asociada
995.59	Otros malos tratos y abandonos de menores Múltiples formas de malos tratos
V61.2	Problemas entre padres e hijos
V61.21	Asesoramiento a las víctimas de malos tratos infantiles Apaleamiento de niños Negligencia para con niños Lesiones actuales debidas a malos tratos (995.50-995.59)
V61.22	Asesoramiento a los padres autores de malos tratos a los niños Excluye: asesoramiento a la persona que realiza los malos tratos y que no tiene ninguna relación paternal (V62.83)

³⁶ Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia entre los diferentes servicios tipo Barnahus en las regiones de España (Fases I y II) <https://www.coe.int/es/web/children/barnahus-spain>

³⁷ https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html

5.2 Anexo 2: codificación CIE-10 ES³⁸ para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia

Tabla 40. codificación CIE-10 ES para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia.

Código CIE-10ES	Concepto
O9A.3	<p>Maltrato físico que complica el embarazo, parto y puerperio Afecciones en T74.11 o T76.11 Utilice código adicional (si procede): - para identificar cualquier lesión actual asociada debida al maltrato físico - para identificar al autor del maltrato (Y07.-)</p> <p>Excluye 2: - abuso sexual que complica el embarazo, parto y puerperio (O9A.4-)</p>
O9A.31	Maltrato físico que complica el embarazo
O9A.311	Maltrato físico que complica el embarazo, primer trimestre
O9A.312	Maltrato físico que complica el embarazo, segundo trimestre
O9A.313	Maltrato físico que complica el embarazo, tercer trimestre
O9A.319	Maltrato físico que complica el embarazo, trimestre no especificado
O9A.32	Maltrato físico que complica el parto
O9A.33	Maltrato físico que complica el puerperio
O9A.4	<p>Maltrato sexual que complica el embarazo, parto y puerperio Afecciones en T74.21 o T76.21 Utilice código adicional (si procede): - para identificar cualquier lesión actual asociada debida al maltrato sexual - para identificar al autor del maltrato (Y07.-)</p>
O9A.41	Maltrato sexual que complica el embarazo
O9A.411	Maltrato sexual que complica el embarazo, primer trimestre
O9A.412	Maltrato sexual que complica el embarazo, segundo trimestre
O9A.413	Maltrato sexual que complica el embarazo, tercer trimestre
O9A.419	Maltrato sexual complica embarazo, trimestre no especificado
O9A.42	Maltrato sexual complica parto
O9A.43	Maltrato sexual complica puerperio
O9A.5	<p>Maltrato psicológico que complica el embarazo, parto y puerperio Afecciones en T74.31 o T76.31 Utilice código adicional para identificar al autor del maltrato (Y07.-)</p>
O9A.51	Maltrato psicológico que complica el embarazo
O9A.511	Maltrato psicológico que complica el embarazo, primer trimestre
O9A.512	Maltrato psicológico que complica el embarazo, segundo trimestre
O9A.513	Maltrato psicológico que complica el embarazo, tercer trimestre
O9A.519	Maltrato psicológico que complica el embarazo, trimestre no especificado
O9A.52	Maltrato psicológico que complica el parto
O9A.53	Maltrato psicológico que complica el puerperio
T74	<p>Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmado Excluye 1: - abuso y malos tratos en el embarazo (O9A.3-, O9A.4-, O9A.5-) - malos tratos de adultos y niños, sospecha (T76.-)</p>
T74.0	Negligencia o abandono, confirmado
T74.02	Negligencia o abandono infantil, confirmados
T74.02X	Negligencia o abandono infantil, confirmados
T74.02XA	Negligencia o abandono infantil, confirmados, contacto inicial
T74.02XD	Negligencia o abandono infantil, confirmados, contacto sucesivo

³⁸ https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

T74.02XS	Negligencia o abandono infantil, confirmados, secuela
T74.1	Abuso físico, confirmado. Excluye abuso sexual (T74.2)
T74.12	Abuso físico infantil, confirmado. Excluye síndrome del lactante zarandeado (T74.4)
T74.12X	Abuso físico infantil, confirmado
T74.12XA	Abuso físico infantil, confirmado, contacto inicial
T74.12XD	Abuso físico infantil, confirmado, contacto sucesivo
T74.12XS	Abuso físico infantil, confirmado, secuela
T74.2	Abuso sexual, confirmado. Excluye Violación, confirmada, Agresión sexual, confirmada
T74.22	Abuso sexual infantil, confirmado
T74.22X	Abuso sexual infantil, confirmado
T74.22XA	Abuso sexual infantil, confirmado, contacto inicial
T74.22XD	Abuso sexual infantil, confirmado, contacto sucesivo
T74.22XS	Abuso sexual infantil, confirmado, secuela
T74.3	Abuso psicológico, confirmado. Excluye Acoso e intimidación, confirmados, Intimidación a través de redes sociales, confirmada
T74.32	Maltrato psicológico infantil, confirmado
T74.32X	Maltrato psicológico infantil, confirmado
T74.32XA	Maltrato psicológico infantil, confirmado, contacto inicial
T74.32XD	Maltrato psicológico infantil, confirmado, contacto sucesivo
T74.32XS	Maltrato psicológico infantil, confirmado, secuela
T74.4	Síndrome del bebé zarandeado
T74.4X	Síndrome del bebé zarandeado
T74.4XX	Síndrome del bebé zarandeado
T74.4XXA	Síndrome del bebé zarandeado, contacto inicial
T74.4XXD	Síndrome del bebé zarandeado, contacto sucesivo
T74.4XXS	Síndrome del bebé zarandeado, secuela
T74.5	Explotación sexual forzada, confirmada
T74.52	Explotación sexual infantil forzada, confirmada
T74.52X	Explotación sexual infantil forzada, confirmada
T74.52XA	Explotación sexual infantil forzada, confirmada, contacto inicial
T74.52XD	Explotación sexual infantil forzada, confirmada, contacto sucesivo
T74.52XS	Explotación sexual infantil forzada, confirmada, secuela
T74.6	Explotación laboral forzada, confirmada
T74.62	Explotación laboral infantil forzada, confirmada
T74.62X	Explotación laboral infantil forzada, confirmada
T74.62XA	Explotación laboral infantil forzada, confirmada, contacto inicial
T74.62XD	Explotación laboral infantil forzada, confirmada, contacto sucesivo
T74.62XS	Explotación laboral infantil forzada, confirmada, secuela
T74.9	Malos tratos no especificados, confirmados
T74.92	Maltrato infantil no especificado, confirmado
T74.92X	Maltrato infantil no especificado, confirmado
T74.92XA	Maltrato infantil no especificado, confirmado, contacto inicial
T74.92XD	Maltrato infantil no especificado, confirmado, contacto sucesivo
T74.92XS	Maltrato infantil no especificado, confirmado, secuela

T76	Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha Excluye 1: - malos tratos de adultos y niños, confirmados (T74.-) - sospecha de abuso físico de adulto, descartado (Z04.71) - sospecha de abuso físico infantil, descartado (Z04.72) - sospecha de abuso sexual de adulto, descartado (Z04.41) - sospecha de abuso sexual infantil, descartado (Z04.42) - sospecha de abuso y malos tratos en embarazo (O9A.3-, O9A.4-, O9A.5-)
T76.0	Negligencia o abandono, sospecha
T76.01	Negligencia o abandono de adultos, sospecha
T76.01X	Negligencia o abandono de adultos, sospecha
T76.01XA	Negligencia o abandono de adultos, sospecha, contacto inicial
T76.01XD	Negligencia o abandono de adultos, sospecha, contacto sucesivo
T76.01XS	Negligencia o abandono de adultos, sospecha, secuela
T76.02	Negligencia o abandono infantil, sospecha
T76.02X	Negligencia o abandono infantil, sospecha
T76.02XA	Negligencia o abandono infantil, sospecha, contacto inicial
T76.02XD	Negligencia o abandono infantil, sospecha, contacto sucesivo
T76.02XS	Negligencia o abandono infantil, sospecha, secuela
T76.1	Abuso físico, sospecha
T76.11	Abuso físico de adultos, sospecha
T76.11X	Abuso físico de adultos, sospecha
T76.11XA	Abuso físico de adultos, sospecha, contacto inicial
T76.11XD	Abuso físico de adultos, sospecha, contacto sucesivo
T76.11XS	Abuso físico de adultos, sospecha, secuela
T76.12	Abuso físico infantil, sospecha
T76.12X	Abuso físico infantil, sospecha
T76.12XA	Abuso físico infantil, sospecha, contacto inicial
T76.12XD	Abuso físico infantil, sospecha, contacto sucesivo
T76.12XS	Abuso físico infantil, sospecha, secuela
T76.2	Abuso sexual, sospecha. Violación, sospecha. Excluye: presunto abuso, descartado (Z04.7)
T76.21	Abuso sexual de adultos, sospecha
T76.21X	Abuso sexual de adultos, sospecha
T76.21XA	Abuso sexual de adultos, sospecha, contacto inicial
T76.21XD	Abuso sexual de adultos, sospecha, contacto sucesivo
T76.21XS	Abuso sexual de adultos, sospecha, secuela
T76.22	Abuso sexual infantil, sospecha
T76.22X	Abuso sexual infantil, sospecha
T76.22XA	Abuso sexual infantil, sospecha, contacto inicial
T76.22XD	Abuso sexual infantil, sospecha, contacto sucesivo
T76.22XS	Abuso sexual infantil, sospecha, secuela
T76.3	Abuso psicológico, sospecha. Acoso e intimidación, sospecha. Intimidación a través de redes
T76.31	Abuso psicológico de adultos, sospecha
T76.31X	Abuso psicológico de adultos, sospecha
T76.31XA	Abuso psicológico de adultos, sospecha, contacto inicial
T76.31XD	Abuso psicológico de adultos, sospecha, contacto sucesivo
T76.31XS	Abuso psicológico de adultos, sospecha, secuela
T76.32	Maltrato psicológico infantil, sospecha
T76.32X	Maltrato psicológico infantil, sospecha
T76.32XA	Maltrato psicológico infantil, sospecha, contacto inicial
T76.32XD	Maltrato psicológico infantil, sospecha, contacto sucesivo

T76.32XS	Maltrato psicológico infantil, sospecha, secuela
T76.5	Explotación sexual forzada, sospecha 2020
T76.51	Explotación sexual de adulto forzada, sospecha 2020
T76.51X	Explotación sexual de adulto forzada, sospecha 2020
T76.51XA	Explotación sexual de adulto forzada, sospecha, contacto inicial 2020
T76.51XD	Explotación sexual de adulto forzada, sospecha, contacto sucesivo 2020
T76.51XS	Explotación sexual de adulto forzada, sospecha, secuela 2020
T76.52	Explotación sexual infantil forzada, sospecha 2020
T76.52X	Explotación sexual infantil forzada, sospecha 2020
T76.52XA	Explotación sexual infantil forzada, sospecha, contacto inicial 2020
T76.52XD	Explotación sexual infantil forzada, sospecha, contacto sucesivo 2020
T76.52XS	Explotación sexual infantil forzada, sospecha, secuela 2020
T76.6	Explotación laboral forzada, sospecha 2020
T76.61	Explotación laboral de adulto forzada, sospecha 2020
T76.61X	Explotación laboral de adulto forzada, sospecha 2020
T76.61XA	Explotación laboral de adulto forzada, sospecha, contacto inicial 2020
T76.61XD	Explotación laboral de adulto forzada, sospecha, contacto sucesivo 2020
T76.61XS	Explotación laboral de adulto forzada, sospecha, secuela 2020
T76.62	Explotación laboral infantil forzada, sospecha 2020
T76.62X	Explotación laboral infantil forzada, sospecha 2020
T76.62XA	Explotación laboral infantil forzada, sospecha, contacto inicial 2020
T76.62XD	Explotación laboral infantil forzada, sospecha, contacto sucesivo 2020
T76.62XS	Explotación laboral infantil forzada, sospecha, secuela 2020
T76.9	Malos tratos no especificados, sospecha
T76.91	Malos tratos de adultos no especificado, sospecha
T76.91X	Malos tratos de adultos no especificado, sospecha
T76.91XA	Malos tratos de adultos no especificado, sospecha, contacto inicial
T76.91XD	Malos tratos de adultos no especificado, sospecha, contacto sucesivo
T76.91XS	Malos tratos de adultos no especificado, sospecha, secuela
T76.92	Maltrato infantil no especificado, sospecha
T76.92X	Maltrato infantil no especificado, sospecha
T76.92XA	Maltrato infantil no especificado, sospecha, contacto inicial
T76.92XD	Maltrato infantil no especificado, sospecha, contacto sucesivo
T76.92XS	Maltrato infantil no especificado, sospecha, secuela
N90.8	Otros trastornos no inflamatorios especificados de vulva y periné
N90.81	Estado de mutilación genital femenina. Estado de ablación genital femenina
N90.810	Estado de mutilación genital femenina, no especificado. Estado de ablación genital femenina, no especificado. Estado de mutilación genital femenina NEOM
N90.811	Estado de mutilación genital femenina, tipo I. Estado de ablación genital femenina, tipo I. Estado de clitorectomía
N90.812	Estado de mutilación genital femenina, tipo II. Estado de ablación genital femenina, tipo II. Estado de clitorectomía con extirpación de labios menores
N90.813	Estado de mutilación genital femenina, tipo III. Estado de ablación genital femenina, tipo III. Estado de infibulación
N90.818	Otros estados de mutilación genital femenina. Estado de ablación genital femenina, tipo IV Estado de mutilación genital femenina, tipo IV

Y07	Autor de agresión, maltrato y abandono
	<p>Nota:</p> <p>Los códigos de esta categoría son para uso exclusivo en casos de malos tratos confirmados (T74.-)</p> <p>La selección del código correcto del autor se basa en relación entre el agresor y víctima</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autor de abandono - autor de abusos sexuales - autor de残酷 mental - autor de malos tratos físicos - autor de negligencia emocional - autor de negligencia física - autor de tortura
Y07.0	Cónyuge o pareja, autor de maltrato y abandono. Cónyuge o pareja, autor de maltrato y negligencia
Y07.01	Marido, autor de maltrato y negligencia
Y07.02	Esposa, autora de maltrato y negligencia
Y07.03	Pareja masculina, autor de maltrato y negligencia
Y07.04	Pareja femenina, autora del maltrato y abandono
Y07.1	Padres (adoptivos) (biológicos), autores de maltrato y negligencia
Y07.11	Padre biológico, autor de maltrato y negligencia
Y07.12	Madre biológica, autora de maltrato y negligencia
Y07.13	Padre adoptivo, autor de maltrato y negligencia
Y07.14	Madre adoptiva, autora de maltrato y negligencia
Y07.4	Otro miembro de la familia, autor de maltrato y negligencia
Y07.41	Hermano, autor de maltrato y negligencia. Hermanastro, autor de maltrato y abandono (Y07.435, Y07.436)
Y07.410	Hermano, autor de maltrato y negligencia
Y07.411	Hermana, autora de maltrato y negligencia
Y07.42	Padres sustitutos, autores de maltrato y negligencia
Y07.420	Padre sustituto, autor de maltrato y negligencia
Y07.421	Madre sustituta, autora de maltrato y negligencia
Y07.43	Padrastro o hermanastro, autor de maltrato y negligencia
Y07.430	Padrastro, autor de maltrato y negligencia
Y07.432	Amigo varón de uno de los padres (residente en el hogar), autor de maltrato y negligencia
Y07.433	Madrastra, autora de maltrato y negligencia
Y07.434	Amiga mujer de uno de los padres (residente en el hogar), autora de maltrato y negligencia
Y07.435	Hermanastro, autor de maltrato y abandono
Y07.436	Hermanastra, autora de maltrato y negligencia
Y07.49	Otro miembro de la familia, autor de maltrato y abandono
Y07.490	Primo, autor del maltrato y abandono
Y07.491	Prima, autora de maltrato y negligencia
Y07.499	Otro miembro de la familia, autor de maltrato y negligencia
Y07.5	No miembro de la familia, autor de maltrato y abandono
Y07.50	Miembro de la familia no especificado, autor de maltrato y negligencia
Y07.51	Proveedor de cuidados, autor de maltrato y negligencia
Y07.510	Niñero (-a) en casa, autor de maltrato y negligencia
Y07.511	Trabajador de guardería de los niños, autor de maltrato y negligencia
Y07.512	Cuidador de ancianos en casa, autor de maltrato y negligencia
Y07.513	Cuidador de ancianos en centro, autor de maltrato y negligencia
Y07.519	Proveedor de cuidados no especificado, autor de maltrato y negligencia
Y07.52	Proveedor de servicios de salud, autor de maltrato y negligencia
Y07.521	Proveedor de salud mental, autor de maltrato y negligencia

Y07.528	Otro terapeuta o profesional de la salud, autor de maltrato y negligencia: Enfermera autora de maltrato y negligencia Fisioterapeuta autor de maltrato y negligencia Logopeda autor de maltrato y negligencia Terapeuta ocupacional autor de maltrato y negligencia
Y07.529	Profesional médico no especificado, autor de maltrato y negligencia
Y07.53	Maestro, profesor o instructor, autor de maltrato y negligencia. Entrenador, autor de maltrato y negligencia
Y07.59	Otro persona no miembro de la familia, autor de maltrato y negligencia
Y07.6	Autores múltiples de maltrato y abandono
Y07.9	Autor de maltrato y negligencia no especificado

Utilice código adicional, si procede, para identificar cualquier lesión asociada actual

Se debe añadir el 7º carácter apropiado a cada código de la categoría

- A contacto inicial
- D contacto sucesivo
- S secuela

5.3 Anexo 3: CIAP con sus extensiones³⁹

Tabla 41. codificación CIAP para registro de casos de violencia en la infancia y adolescencia

Código CIAP	Concepto
Z12	Problemas de la relación en la pareja-no especificados
Z12.01	Violencia psicológica (abuso, maltrato psicológico) por parte de la pareja o expareja
Z20	Problema de relación con los padres/otros familiares
Z20.01	Negligencia o abandono por padres o tutores
Z20.02	Violencia psicológica (abuso, maltrato psicológico) por autor NE
Z20.03	Violencia psicológica (abuso, maltrato psicológico) por el padre, tutor o pareja de la madre
Z20.04	Violencia psicológica (abuso, maltrato psicológico) por la madre, tutora o pareja del padre
Z20.05	Violencia psicológica (abuso, maltrato psicológico) por otras personas del ámbito familiar
Z20.11	Violencia psicológica (abuso, maltrato psicológico) por padres o tutores
Z24.01	Violencia psicológica (abuso, maltrato psicológico) por personas externas a la familia
Z20.01//	Negligencia o abandono no incluido en Z16.01 o Z20.01
Z25	Problemas derivados de la violencia/agresiones
Z25.00	Violencia física (abuso, maltrato físico) por autor NE
Z25.01	Violencia física (abuso, maltrato físico) por la pareja o expareja
Z25.02	Violencia física (abuso, maltrato físico) por el padre, tutor o pareja de la madre
Z25.03	Violencia física (abuso, maltrato físico) por la madre, tutora o pareja del padre
Z25.04	Violencia física (abuso, maltrato físico) por otras personas del ámbito familiar
Z25.05	Violencia física (abuso, maltrato físico) por parte de personas externas a la familia
Z25.10	Violación, agresión sexual por autor NE
Z25.11	Violación, agresión sexual por parte de la pareja o expareja

³⁹ CIAP: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Extensiones_CIAP_2014.xls

Z25.12	Violación, agresión sexual por el padre, la madre, tutor/a o sus parejas
Z25.14	Violación, agresión sexual por otras personas del ámbito familiar
Z25.15	Violación, agresión sexual por parte de personas externas a la familia
Z25/24//	Maltrato no incluido en Z12, Z16, Z20, Z24 o Z25

5.4 Anexo 4: Metodología

El análisis de datos se ha realizado principalmente con el lenguaje de programación Python. Se han tenido en cuenta en las estadísticas y conteos todos los casos con violencia confirmada incluidos los que no estén reflejados en el diagnóstico principal.

Debido a la naturaleza del CBMD, que registra cada vez que una persona menor de edad acude a urgencias o es hospitalizada, se ha tenido que hacer un tratamiento para no sobreestimar las variables estudiadas. Para ello, se toman los registros con identificador duplicado y se unifica el historial de diagnóstico en el primer registro encontrado. Es importante comentar que en caso de que una persona menor de edad haya acudido a urgencias y haya sido hospitalizada también se cuenta en ambos estudios de hospitalizaciones y de urgencias, pero solo una única vez para estudios no desagregados por tipo de contacto.

Además, para el estudio del número de códigos de violencia por año - y únicamente para eso - se ha hecho una limpieza de duplicados. En la base de datos se han identificado personas menores de edad que están registradas dos veces en el mismo año. Esto hace que en el primer registro se obtienen una serie de códigos de violencia y en el segundo registro se obtienen esos mismos más otros añadidos, por lo que algunos tipos de violencia se pueden ver sobreestimados para este análisis.

Se ha anonimizado la información de las CC. AA., no incluyendo el número de casos absolutos para evitar el riesgo de la identificabilidad. En su lugar se usan tasas por 100.000 habitantes y se anonimiza los nombres de cada CC.AA.

Para el cálculo de incidencias, estas se hacen por 100.000 habitantes susceptibles del evento. Es decir, se utiliza como denominador la población correspondiente al territorio y año considerados. Así, si queremos la tasa de niños de entre 4 y 7 años víctimas de violencia en 2020:

$$T_{4-7,H}^{2020} = \frac{\text{niños entre 4 y 7 años víctimas de violencia en 2020}}{\text{población total de niños entre 4 y 7 años en 2020}} \cdot 100000$$

En línea con el trabajo de [Gil-Borrelli et al., 2021⁴⁰] se han incluido contrastes para verificar ciertas hipótesis que puedan ser interesantes y con ello reforzar conclusiones. Estas hipótesis pueden ser, por ejemplo, que los casos de violencia en niñas se reportan más que en los niños; e igualmente para personas nacidas en el extranjero y en España y sexo de la persona agresora. Para una explicación general de cada test se toma el caso del sexo de la persona menor de edad víctima de violencia. Se han realizado tres tipos de test:

- Test binomial. En este la hipótesis nula es $H_0: p_m = 0,5$ frente a la hipótesis alternativa $H_1: p_m > 0,5$, siendo p_m la proporción de chicas. En otras palabras, se quiere probar que la probabilidad de que una chica sea agredida es más de la mitad o no, significando esto que no hay preferencia por chicas o chicos.
- Test exacto de Fisher bilateral. En este la hipótesis nula es $H_0: p_m = p_h$ frente a la hipótesis alternativa $H_1: p_m \neq p_h$, siendo p_m la proporción de chicas de algún tipo de evento y p_h la proporción de chicos

⁴⁰ Gil-Borrelli, C. C., Martín Ríos, M. D., Latasa Zamalloa, P., López-Corcuera, L., Ben-Abdellah, L. D., and Rodríguez Arenas, M. (2021). Violencia de odio en los servicios de urgencias de hospitales de tercer nivel. primeros datos en España. Gaceta Sanitaria, 34:561–566.

del mismo evento. En otras palabras y aplicado a nuestro caso, se quiere probar que la probabilidad de que una chica y un chico sean agredidos es la misma o es diferente. La diferencia entre el test de Fisher y el test binomial es que el primero se debe de usar cuando las poblaciones base no son iguales, por ejemplo, para personas españolas y extranjeras.

- Test exacto de Fisher unilateral. En este la hipótesis nula es $H_0: p_m = p_h$ frente a la hipótesis alternativa $H_1: p_m > p_h$. En otras palabras, se quiere probar que la probabilidad de que una chica y un chico sean agredidos es la misma o si es mayor en chicas. La diferencia entre el test bilateral y unilateral es que el último especifica cuál de las proporciones de los dos grupos es significativamente mayor.

5.5 Anexo 5 Gráfico completo de la duración de la estancia en días

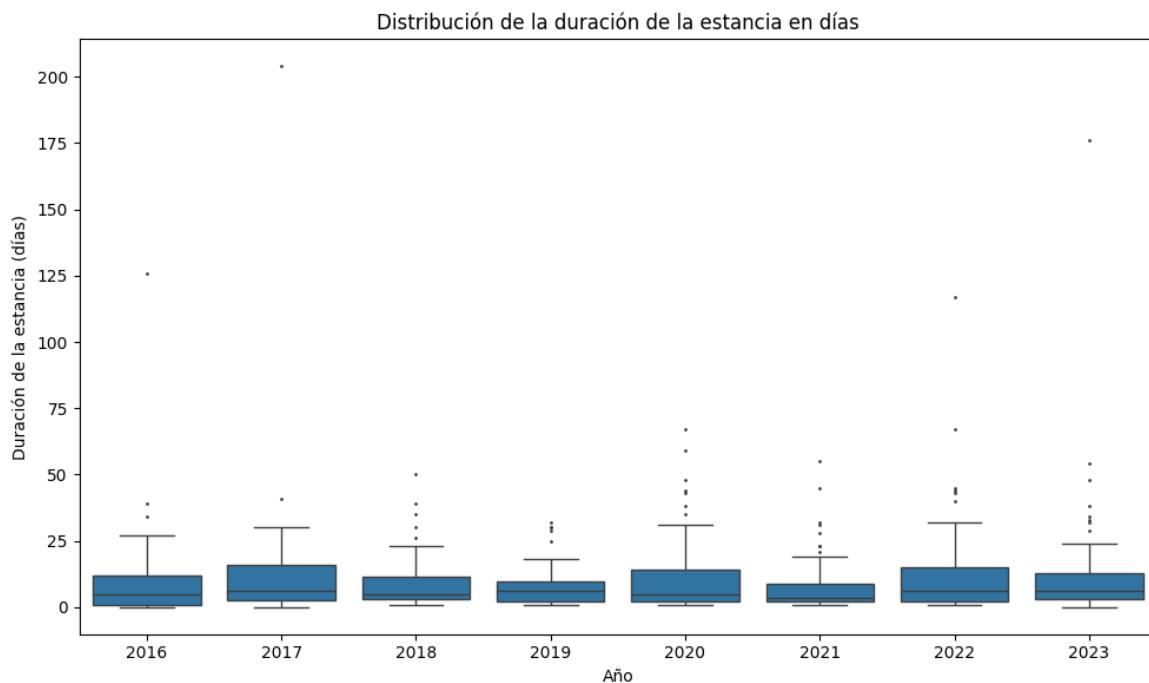


Figura 5. Distribución anual de la duración de la hospitalización (en días) de los casos confirmados de violencia contra la infancia en hospitalizaciones. Se incluyen todos los outliers.

5.6 Anexo 6: Composición CoViNNA

Tabla 42. Composición CoViNNA

Presidencia	DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad
Secretaría	Área de Prevención. SG Promoción, Prevención y Equidad en Salud. DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad
CC. AA.	Andalucía Aragón Asturias Castilla y León Canarias Cantabria Cataluña Ceuta

	Castilla-La Mancha Extremadura Galicia Islas Baleares La Rioja Madrid Melilla Murcia Navarra País Vasco Valencia
Ministerios	De la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes Igualdad Juventud e Infancia Educación, Formación Profesional y Deportes Sanidad: Observatorio Salud de las Mujeres, INGESA
Asociaciones Profesionales	AEP. Asociación Española de Pediatría AEPS. Asociación Española de Pediatría Social AEEP. Asociación Española de Enfermería Pediátrica AETSY Plataforma salud mental

5.7 Anexo 7: composición Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia

Tabla 43. composición Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia.

Presidencia	DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad
Secretaría	Área de Prevención. SG de Promoción de la Salud, Prevención y Equidad en Salud. DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad
CC. AA.	Andalucía Asturias Castilla y León Canarias Cantabria Cataluña Ceuta Extremadura Galicia Islas Baleares La Rioja Murcia Navarra
Ministerios	De la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Medicina forense

	Juventud e Infancia
	Sanidad: INGESA
Personas Expertas	Juzgado Violencia Menores.
	Pediatria Social
	Pediatria Atención Primaria y Hospitalaria
	Trabajo Social Sanitario
	Enfermería pediátrica
	Enfermería obstetricia y ginecología

5.8 Anexo 8: composición del Grupo de Trabajo para Formación

Tabla 44. composición del Grupo de Trabajo para Formación.

Presidencia	DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad
Secretaría	Área de Prevención. SG de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad
CC. AA.	Castilla y León
	Ceuta
	País Vasco
Ministerios	Igualdad
	Sanidad: INGESA
Entidades	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEP/AEPap)
	Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)
	Sociedad Española de Pediatría Social y Extrahospitalaria (SEPEAP)
	Asociación Española de Enfermería pediátrica (AEEP)