

VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA: DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

LEGAL-MEDICAL ASSESMENT OF VIOLENCE: FROM

[Metadata, citation and similar papers](#)

ositorio Documental de la Universidad de Valladolid

Mercedes Martínez León.

¹Académico Correspondiente

Área de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Correspondencia: Mercedes Martínez León, Área de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina. Avda. Ramón y Cajal 7, 47005-Valladolid.

Tel: +34983423065, +34606107021. E-mail: legal@med.uva.es mercheml@pat.uva.es

Comunicación presentada el día 26 de Marzo de 2015

An Real Acad Med Cir Vall 2015; 52: 101-117

RESUMEN

El objetivo fundamental de este trabajo es realizar un estudio de los cambios legislativos que ha ido experimentando la violencia de género en nuestro ordenamiento jurídico español desde el punto de vista médico-legal. La medicina forense y la medicina legal deben ocupar un papel protagonista en el estudio de la violencia de género y estar presentes en el debate social de un problema que ha trascendido el ámbito técnico y profesional para situarse en el centro de las preocupaciones ciudadanas y de la agenda política, circunstancias que deberían llevar a entender sus especiales características, sobre todo su estrecha relación con los factores culturales que han permitido su presencia histórica a través de la justificación y han llevado a entenderla como algo normal dentro de las relaciones de pareja. Hay que buscar las razones que dificultan el conocimiento de este problema y confunden la violencia de género con otro tipo de violencias que terminan en el mismo resultado o comparten escenario, el papel de la medicina forense y la medicina legal es clave, y por ello han de reforzarse las Unidades Forenses de Valoración Integral. En la atención a las mujeres en situaciones de violencia de género, los profesionales sanitarios debemos tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes. Las características específicas de la situación de maltrato y la vulnerabilidad de las mujeres que viven en estas relaciones, así como

de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos. Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario.

Palabras clave: Violencia, género, valoración, médico-legal, maltrato.

ABSTRACT

The main objective of this work is to study the legislative changes that has experienced domestic violence in our Spanish legal system from the point of forensic view. Forensic medicine and forensic medicine should play a leading role in the study of gender violence and be present in the social debate about a problem that has transcended the technical and professional level to be at the heart of citizens' concerns and political agenda, circumstances that should lead to understand their special characteristics, especially its close relationship with cultural factors that have allowed its historic presence through justification and led to understand as normal within relationships. We must find the reasons that hinder the understanding of this issue and confuse gender violence with other violence that end in the same result or share the stage, the role of forensic medicine and forensic medicine is key, and therefore have Forensic strengthened Integral Value Units. In the attention to women in situations of domestic violence, health professionals must have always present the ethical principles of action and the rights that women have as patients. The specific situation of abuse and the vulnerability of women in these relationships characteristics as well as their children, need to pay special attention to these aspects. One of the most difficult situations and conflicts to which health professionals arising from the collision of legal obligations and ethical principles that govern the actions of health workers face.

Key words: Violence, gender, assessment, legal-medical, maltreatment.

*“La violencia hiere al cuerpo y a la mente. Del que la ejecuta, Del que la sufre.
De los que lloran. De toda la humanidad. Nos rebaja a todos”.*

*Kathy Reichs (Kathleen Joan Reichs), antropóloga forense estadounidense,
nacida en Chicago en 1948.*

INTRODUCCIÓN

Diversas corrientes filosóficas intentan desde hace muchos años encontrar una explicación sobre el porqué de la violencia en el ser humano, con diversas propues-

tas que convergen en que la agresividad es innata en el ser humano, pero es modelada y reconducida a través de las vivencias aprendidas y la educación¹.

La agresividad es una energía-disposición presente en las personas, que las prepara para la lucha contra los elementos en un mundo circundante, es un factor normal y positivo del comportamiento humano mientras se expresa bajo el control de la inteligencia y se canaliza hacia la adaptación armónica del medio. Cuando la agresividad se transforma en hostilidad, o energía-pensamiento dirigido hacia otras personas, o en agresión manifiesta, tanto verbal como física, estamos ante una conducta anómala que debe ser corregida. En la agresión participa toda la persona y es una conducta en la que la palabra, el modo, o la acción se dirigen hacia otra persona con la intención de producir daño moral, psíquico o físico².

La Violencia Familiar o Doméstica se define como: "Malos tratos o agresiones físicas, psíquicas o psicológicas, sexuales o de otro tipo, infligidas por personas del ámbito familiar". SUJETO ACTIVO (AGRESOR): Cualquier persona integrante de un núcleo o ámbito familiar. SUJETO PASIVO (VÍCTIMA): Cualquier persona integrante del mismo núcleo familiar que el agresor.

La violencia en el medio familiar entre personas ligadas por vínculos de sangre y/o afectivos representan una llamada de atención importante hacia una situación que debe ser cuidadosamente estudiada con el fin de establecer las circunstancias y las características de la relación en la que se genera esta violencia.

El hecho de que las relaciones familiares se desarrollen en la intimidad ha favorecido que el trato entre los miembros de una familia quede oculto al entorno. En la cultura europea y especialmente en la española el padre de familia ostentaba la patria potestad y ejercía una autoridad especial sobre todos los miembros de la familia. Esta organización patriarcal confería al padre la autoridad moral y real y a cambio asumía la obligación del sostenimiento económico de su familia; a la madre le correspondían las tareas domésticas y el funcionamiento diario del hogar, aunque a menudo se añadía la realización de trabajos para otros, generalmente en tareas de orden secundario y en ambientes modestos (trabajo rural, servicio doméstico...).

Sin embargo, este papel de la mujer de sometimiento, y de obediencia, no era necesariamente representativo de una situación de sufrimiento, pero lo que si era frecuente es que, cuando existían malos tratos físicos y/o psíquicos eran mejor tolerados a la luz de esa "autoridad masculina".

Por eso pensamos que la violencia familiar es un hecho antiguo aunque en los últimos años del Siglo XX ha salido de la intimidad familiar, ha pasado de ser algo privado, donde no puede ni debe trascender nada, a ser una realidad social de relativa aceptación y tolerancia, para ser considerada como una auténtica injusticia social y, por ello de interés general².

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual

o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"³.

SUJETO ACTIVO (AGRESOR): Hombre, marido, pareja, ex marido, ex pareja.

SUJETO PASIVO (VÍCTIMA): Mujer, esposa, pareja, ex esposa, ex pareja aun sin convivencia.

Con respecto a la frecuencia se acepta que se desconoce la magnitud real del problema, ya que se estima que las denuncias sólo equivalen al 25 % de los casos reales existentes constitutivos de maltrato familiar o doméstico. La cifra es inferior cuando las lesiones no requieren tratamiento médico, por cuanto su carácter de privacidad no facilita su evaluación.

Para la *Comisión de Malos Tratos* del Congreso de los Diputados español, sólo el 5 % de las agresiones se denuncian. MORRISON establece esta cifra en el 4 % y para McLEER la cifra sube hasta un 30 % cuando se introduce un protocolo que recuerda el posible maltrato en la procedencia de las lesiones ⁴.

En España 1 de cada 1000 mujeres denuncia malos tratos por su pareja. 347 denuncias/día en 2014 (342/día en 2013). Es la PRIMERA CAUSA DE HOMICIDIO EN ESPAÑA. 54 (AÑO 2013) Y 53 (AÑO 2014). La PRIMERA CAUSA DE MUERTE DE MUJERES de 16-44 años EN EL MUNDO (por encima del cáncer y accidentes de tráfico). Dos millones de mujeres maltratadas (12%); 700 mujeres muertas por violencia de género en la última década, y 26 menores muertos en los años 2010-2014.

La medicina forense y la medicina legal deben ocupar un papel protagonista en el estudio de la violencia de género y estar presentes en el debate social de un problema que ha trascendido el ámbito técnico y profesional para situarse en el centro de las preocupaciones ciudadanas y de la agenda política, circunstancias que deberían llevar a entender sus especiales características, sobre todo su estrecha relación con los factores culturales que han permitido su presencia histórica a través de la justificación y han llevado a entenderla como algo normal dentro de las relaciones de pareja, pues son estos elementos los que están en la raíz de la violencia de género y, al contrario de lo que ocurre en el resto de las manifestaciones de la violencia interpersonal, hacen de ella un crimen moral (no instrumental) que dificulta su prevención y va más allá de la suma de las agresiones que se producen, pues afectan a los niños y las niñas que viven en el mismo ambiente ⁵, lo que lleva a que la valoración del riesgo sea un apartado básico del estudio integral.

En un momento en el que hay quien busca más razones para dificultar este conocimiento, intentando volver a confundir la violencia de género con otro tipo de violencias que terminan en el mismo resultado o comparten escenario, el papel de la medicina forense y la medicina legal es clave, y por ello han de reforzarse las Unidades Forenses de Valoración Integral ⁶.

DIFERENTES REFORMAS O ETAPAS LEGISLATIVAS: DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR A LA VIOLENCIA DEGÉNERO

La igualdad formal es proclamada por la Constitución Española de 1978, en el *Artículo 14*: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Siendo uno de los informadores del Ordenamiento Jurídico, y su promoción en la vertiente material es encomendada a los poderes públicos por el texto constitucional en el *Artículo 9.2.*” Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas....⁷

La reforma del Derecho penal español en materia de malos tratos y la violencia física en el ámbito familiar comenzó a partir de una reforma habida en 1989 en el Código Penal inmediatamente anterior al de 1995, que introdujo en el Título dedicado al delito de lesiones una previsión específica para castigarlos de manera expresa y autónoma. En 1989 se legislo por primera vez sobre violencia en el seno familiar o intrafamiliar: art. 425. C.P “delito autónomo de lesiones en el ámbito familiar”.

A partir de ese momento, las modificaciones legales se han ido sucediendo hasta el punto de que ha sido uno de los ámbitos del Derecho Penal que más reformas ha tenido en los últimos años, incluso tras las aprobación del actual código penal, que en principio mantuvo el régimen punitivo introducido en la reforma de 1989.

En las reformas introducidas en la legislación penal a partir de 1989, intentando eliminar los toques machistas del mismo y adecuándolo a la Constitución Española, se pretende atajar el problema utilizando otras técnicas, es decir, anticipando la intervención del Derecho penal en los inicios de la violencia, incluso antes de que ésta llegue a manifestarse en agresiones físicas, creando tipos penales de nuevo cuño de difícil interpretación y aún más difícil aplicación práctica, que a veces se superponen e incluso producen un incremento del rigor punitivo que va más allá de la idea de proporcionalidad del castigo en relación con el hecho aislado⁷.

A lo largo de 15 años se han venido realizando sucesivas reformas legislativas hasta la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Primera Etapa: Introducción del delito de violencia en el ámbito familiar en el Código Penal de 1989

En el año 1989 se introduce en el C.P por primera vez entre las lesiones, el art.425: “delito de violencia física habitual sobre cónyuge o sobre persona unida por análogo relación de afectividad, sobre los hijos propios, pupilos, menores e incapaces sometidos a la propia tutela”. Con este artículo se daba a la violencia doméstica habitual un tratamiento diferenciado del delito de lesiones, castigándose separada-

mente con la pena de arresto mayor (1-6 meses). Se exigía el requisito de la convivencia: exclusivo violencia doméstica o familiar. Insuficiente porque quedan fuera la violencia ejercida sobre ex parejas. Las posteriores modificaciones legislativas ampliarán los sujetos protegidos e incrementarán penas⁸.

Segunda Etapa: el nuevo Código penal de 1995

El delito de maltrato familiar se incluye en el art. 153: “El que habitualmente ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona que se encuentre ligado por análoga relación de afectividad o sobre hijos propios o del conviviente, ascendientes o incapaces que con él convivan.”

La cobertura se extiende además a parejas de derecho y de hecho y a los hijos propios, también a los hijos del cónyuge o conviviente, y se incluyen ascendientes o incapaces. Se incrementan las penas (6 meses-3 años) y las personas protegidas pero se mantiene el requisito de convivencia y de habitualidad (violencia doméstica o familiar), por lo que esta clase de violencia parece seguir atentando contra un interés esencialmente “doméstico-familiar”⁸.

Así sólo se castigaba el maltrato que fuese habitual y que fuese inferido sobre el cónyuge del sujeto activo (fuese este hombre o mujer) o persona unida a él por análoga relación de afectividad a la conyugal, así como sobre un concreto grupo de personas (hijos, pupilos, ascendientes o incapaces con los que conviviere o sometidos a su patria potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de cualquiera de ellos). Si bien este grupo se amplió en las posteriores reformas⁸.

Tercera Etapa: Reforma del Código penal de 1999

Mediante la Ley Orgánica 14/1998, de 9 de junio, se vuelve a modificar el delito de violencia doméstica (art. 153) de modo decidido y sustancial:

- No se exige la convivencia en el momento del delito, por lo que se amplían las víctimas potenciales a los ex cónyuges y ex parejas.
- Se introduce la violencia psíquica como modalidad típica, equiparada a la violencia física. Se incorporan prohibiciones de residir o acudir a determinados lugares, o de aproximarse o comunicarse con la víctima.
- Para apreciar la habitualidad se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas. Ahora bien es preciso que estén integrados en el marco de convivencia⁸.

Cuarta Etapa: La Orden de Protección (OP) de 2003⁹

La OP pretende que la víctima obtenga, a través de un rápido y sencillo procedimiento judicial que se sustancia ante el Juez de Instrucción, “un estatuto integral de protección que concentre de forma coordinada una acción cautelar de naturaleza civil y penal”. Protección integral a la víctima de forma inmediata en una única resolución:

- **Protección Física**
 - Evitar que el agresor puede acercarse a la víctima y cometer nuevas agresiones (Orden de Alejamiento, prisión provisional)
- **Protección Jurídica**
 - Atribuir vivienda familiar
 - Custodia de los hijos
- **Protección Social**
 - Renta Activa o ayudas
 - Acceso a viviendas protegidas o tuteladas

Las Medidas Cautelares de las O.P. Año 2014:

- **59.041 medidas penales:**
 - Orden de alejamiento (acordada en 90%)
 - Prohibición de comunicación (adoptada en un 89,5%)
 - Prohibición de volver al lugar en el que se cometió la agresión (fijada en un 12 % de los hechos)
- **14.525 medidas civiles:**
 - Prestación de alimentos 25%
 - Atribución de la vivienda 21,2%
 - Suspensión de la guardia y custodia de los hijos 5,7%
 - Suspensión del régimen de visitas 3%

Quinta Etapa: La actual Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la Violencia de Género¹⁰

Un paso más se dio en 2004 debido a que la realidad social era otra, en el 90% de los casos, las víctimas eran mujeres y que las 84 que fallecieron en dicho año fueron víctimas de la violencia doméstica a manos de sus parejas o ex parejas. Esta situación hizo que el legislador se diera cuenta de la existencia de un problema específico que era y es el de «la violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión», violencia que vino a llamarse «de género», y fenómeno criminal éste que se estimó necesitado de un

tratamiento separado al de otras formas de violencia doméstica, siéndole procurado por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ya su exposición de motivos señala que la violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado si no que se manifiesta como la el símbolo de la más brutal desigualdad existente en nuestra sociedad. Dejando claro que los poderes públicos no pueden ser ajenos a la misma pues supone un ataque frontal a derechos fundamentales de la persona⁷.

La ley abarca aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas. Establece medidas de sensibilización e intervención en los siguientes ámbitos:

- Educativo
- Publicidad y Medios de Comunicación
- **Sanitario**

Protección a los menores: víctimas directas o indirectas de esta violencia.

Se crean los Juzgados de Violencia sobre la Mujer (JVM) son órganos judiciales especializados en el conocimiento de la violencia de género, tienen competencias:

- Penales
- Civiles: cuestiones matrimoniales y de familia.

Y se crea también la figura del Fiscal contra la Violencia de la violencia con diversas funciones de supervisión y coordinación en la materia.

En estos JVM existen las Unidades de Valoración Forense Integral formadas por un médico forense, psicólogo y un trabajador social.

Las posibles críticas a la Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la Violencia de Género¹⁰

- Posible vulneración del principio de igualdad (art.14 de la Constitución Española) cuando una misma conducta es tipificada como delito o como falta en función del sexo del sujeto pasivo (víctima sea mujer y agresor un hombre).
- También se ha criticado la falta de medios materiales y personales en el despliegue de la protección integral para el buen funcionamiento de la Administración de la Justicia.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la violencia de género como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales,

suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. Por ello, ha declarado la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública en todo el mundo (49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996)³.

Consecuencias en la salud de Hijas e hijos

Los factores que determinan el impacto en la salud en las hijas e hijos de mujeres víctimas de maltrato son:

- El tipo de violencia
- La severidad
- Tiempo de exposición a la violencia
- Edad
- Nivel de desarrollo
- Contexto familiar

Debido a los condicionantes de género, la violencia tendrá un impacto diferencial por ser una niña o niño, chica o chico.

Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar.

- En niños:** maltrato a sus parejas en las edades adultas.
- En niñas:** mayor tolerancia al maltrato y a comportamientos violentos

Las consecuencias de la Violencia de Género en la salud de hijas e hijos según la edad lo vemos reflejado en la Tabla¹¹

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Ante una situación de maltrato a la mujer, nos enfrentamos a un problema de salud pública con repercusiones jurídicas, tanto para ella y sus hijas e hijos, como para el personal sanitario, planteando en ocasiones, un dilema ético a las y los profesionales en la toma de decisiones.

Hay mujeres que acuden a los servicios sanitarios y a pesar de presentar lesiones importantes, no reconocen verbalmente en la consulta su situación de maltrato por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a su seguridad y la de su familia.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal (L.E.Cr) señala en su artículo 262¹²:

«Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio

Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante».

TABLA 1. Consecuencias de la exposición de la Violencia de Género en la salud de hijas e hijos según la edad

EDADES	CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A LA VOLENCIA
0-2 años	Retraso del crecimiento y en el desarrollo de habilidades motoras y de lenguaje, bajo peso, alteraciones de la alimentación y el sueño, síntomas psicósomáticos, llanto inconsolable.
2-5 años	Alteraciones de la alimentación y el sueño, en el control de esfínteres, problemas de aprendizaje y conducta.
6-12 años	Agresividad, ansiedad, alteraciones en el rendimiento escolar, baja autoestima.
Más de 12 años	Anorexia y bulimia, ansiedad, depresión, apatía, comportamientos violentos dentro y fuera del hogar. En CHICAS: embarazos no deseados, establecimiento de relaciones de pareja en las que sufren maltrato. En CHICOS: Mayor probabilidad de desarrollar y reproducir comportamientos violentos.

El artículo 355 de esta Ley (L.E. Cr) menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina:

«Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado».

En caso de sospecha de maltrato ejercida por parte de la pareja o ex pareja, se comunicará al juzgado de guardia mediante el parte de lesiones o informe médico. La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune.

En el caso de otras situaciones de violencia hacia la mujer no cometidas por su pareja o ex pareja, se emitirá también el parte de lesiones, pero no bajo el epígrafe de violencia de género, y se enviará también al juzgado de guardia.

El parte de lesiones es un documento sanitario mediante el que se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer. Su finalidad es poner en conocimiento la posible existencia de un delito, pero no es una denuncia.

La importancia de la emisión del parte de lesiones radica en que, a veces, es el único instrumento con el que cuentan los juzgados, la única prueba de un posible delito, ya que hay lesiones que con el tiempo desaparecen. Servirá también para avalar la declaración realizada por la mujer y sobre todo para activar medidas de protección¹¹.

Es una obligación legal del médico enviar un “parte de lesiones o PROTOCOLO SANITARIO DE MALOS TRATOS” (Artº.262 y 355. L.E.Cr)¹² al Juzgado de Guardia (max 24 hs) cuando tenga conocimiento o sospecha de una situación de malos tratos (físicos, psicológicos o sexuales) en la atención sanitaria prestada.

En la atención a las mujeres en situaciones de violencia de género, al igual que en cualquier intervención sanitaria, las y los profesionales deben tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes, reconocidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente¹³ y en todos los códigos deontológicos profesionales. Las características específicas de la situación de maltrato y la vulnerabilidad de las mujeres que viven en estas relaciones, así como de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos.

Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres que viven en situaciones de violencia de género es la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

El maltrato pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y, en su caso, la de sus hijas e hijos y otras personas de su entorno, por lo que el personal sanitario tiene que tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran la coordinación con otros sectores para su protección. La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el parte de lesiones e informe médico, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Por el contrario, si no se emite un parte de lesiones en los casos necesarios.

Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia)

Siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

En caso de que ella manifieste su deseo de que no se emita el parte de lesiones, si no se indagan las razones de su negativa, ni se exploran cuáles son sus miedos, sus necesidades, etc., se estaría desatendiendo el principio de no maleficencia.

Cuando se sospeche que de la emisión del parte de lesiones puede derivar un grave riesgo para la vida de la mujer, sus hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo, se debe plantear de forma prioritaria con la mujer un plan que le permita superar esa situación y tener las debidas garantías de seguridad para su integridad.

Asimismo, es imprescindible cuidar el lenguaje y evitar preguntas que la culpabilicen, contribuyendo a su victimización secundaria.

Cuando la gravedad de las lesiones lo requiera, se puede solicitar al Juzgado de Guardia por escrito o telefónicamente, la presencia en el centro sanitario de profesionales de las Unidades de Valoración Forense Integral para que las exploraciones y pruebas se realicen en un solo acto, muy especialmente en situaciones de agresiones sexuales, intentando no someter a la mujer a una doble victimización.

En la intervención sanitaria con hijas e hijos de mujeres en situaciones de violencia de género, los profesionales sanitarios del sistema sanitario público pueden ser requeridos como testigos o como peritos en relación a la detección, consecuencias para la salud o circunstancias sanitarias del caso.

Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional

Es importante tener presente en la actuación sanitaria la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente¹³ y la Ley de Protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)¹⁴.

En todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención: profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración, personal celador.

Respetar la autonomía de la mujer

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer. Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, también y además, como medida para garantizar su seguridad.

También es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

Dilemas éticos

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario.

Esto ocurre especialmente cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar, por lo que se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como su deber y la ley obliga y el respeto a la autonomía de las mujeres y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad.

Emitir un parte de lesiones sin el consentimiento de la mujer sitúa a los y las profesionales ante un conflicto ético, ya que consideran estar violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la paciente.

La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial.

Teniendo en cuenta que cada caso es singular y que se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra cada mujer. El personal sanitario, en ocasiones, puede tener dudas sobre la veracidad del relato, temiendo poner en marcha el mecanismo judicial cuando sólo hay sospechas. En este caso pueden comunicarlo al Ministerio fiscal. Es importante saber que el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de las y los profesionales por emitir un parte de lesiones y pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos.

Algunos/as profesionales pueden tener temor a las represalias del supuesto agresor tanto por ser acusados/as de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias físicas o de otro tipo (ciberacoso, amenazas a través de medios electrónicos). Esto se observa más en profesionales de atención primaria, ya que en muchos casos es el mismo profesional el que atiende a la mujer y al agresor, lo que posibilita su identificación¹¹.

Hay que considerar caso a caso ya que el perfil de los maltratadores no es, en absoluto, homogéneo. Sin embargo, se asume que la mayoría no son enfermos mentales ya que sólo tiene esta consideración en torno a un 20% de los casos^{15,16}. Se consideran entre los posibles trastornos mentales las psicosis, la celotipia, las adicciones al alcohol o a otras drogas y los trastornos de la personalidad. En cualquier caso, hay que matizar que los maltratadores con abuso crónico de alcohol o de otras drogas tienen dos problemas que deben considerarse de forma independiente.

Los trastornos de la personalidad, tal como sugiere su denominación, no se consideran, en sentido estricto, enfermedades mentales. Los que más frecuentemente se relacionan con el maltrato son el trastorno antisocial o psicopatía, el límite o *borderline* y el paranoide. En efecto, el psicópata no es un enfermo mental. Se caracteriza por «no tener sentimientos», ausencia de empatía, manipulación, carecer de remordimientos, no mostrar apego por las normas sociales y con frecuencia cometer actos delictivos. El psicópata no tiene tratamiento y lo habitual es que vuelva a realizar conductas violentas una vez que cumple su condena. Su consideración jurídica es compleja, así hay estados que consideran a este trastorno un agravante mientras que para otros, constituye un atenuante. En cuanto a la posible rehabilitación, en los últimos años se han desarrollado iniciativas con diferentes formatos.

Así, según el contexto, se pueden diferenciar las que se realizan en régimen privativo de libertad frente a las que se llevan a cabo en la comunidad (y estas a su vez en voluntarias o por orden judicial); en cuanto a las modalidades, pueden ser individuales, grupales o mixtas.

Es complicado conocer la eficacia de estos programas. Uno de los problemas es la adherencia. En efecto, se calcula que sólo finalizan las actividades terapéuticas menos de la mitad de los hombres que las comienzan. Según Bonino¹⁷ la reincidencia en hombres que completan el programa, en seguimientos de 4 años, ocurre en torno al 15-20% de los casos frente al 40-70% de aquellos que no lo realizan o no lo completan. Según Loinaz y Echeburúa¹⁸, esta ineficacia parcial ha sido achacada a que el diseño de estos programas es estándar y, por lo tanto, no se tiene en cuenta la idiosincrasia y los distintos perfiles de agresores así como sus necesidades terapéuticas. La tendencia actual pasa por adaptar las estrategias de intervención a las diferentes tipologías de maltratadores así como a ciertas variables específicas que pueden diferenciarlos (como por ejemplo el abuso de drogas). Lo ideal sería un tratamiento individualizado a cada maltratador, si bien, esta no es una posibilidad realista.

A modo de resumen, las dos opciones antagónicas posibles son derivarlo, sin más, a la unidad de salud mental tal como nuestro paciente nos solicita o, por el contrario no atender a su demanda y anular la continuidad asistencial. Como sucede habitualmente, ninguno de los cursos extremos parece ser óptimo ya que ni con uno ni con otro vamos a obtener cambios su comportamiento y, lo que es más importante, tampoco vamos a proteger a la víctima o a futuras víctimas. Los cursos intermedios de intervención consisten en informarle que su conducta es inadmisibles y él es su único responsable, que así está causando un importante deterioro en la salud de su pareja (y en la de los hijos si los tuviera) y que también va a tener consecuencias para sí mismo, incluidas las penales. Es importante informarle y orientarle acerca de los posibles programas específicos de terapia, en su ámbito geográfico, a los que puede pedir ayuda.

CONCLUSIONES FINALES

- En cuanto a la legislación hasta el momento se han conseguido avances importantes, se ha considerado a la violencia sobre la mujer como un delito autónomo, con un tratamiento especial. Las posibles soluciones vendrían de la mano de una reforma de la normativa actual, con un endurecimiento mayor de las penas, dar mayor efectividad a la orden de protección para tener la seguridad de que no van a repetirse nuevos episodios de violencia.
- La creación de órganos jurisdiccionales específicos para tratar la violencia de género también es un logro, puesto que debido al aumento notable de esta lacra hace necesario especializar a los jueces. Los juzgados de violencia sobre la mujer y los equipos de valoración forense creados por la la Ley Orgá-

nica 1/2004, de medidas de protección integral contra la Violencia de Género han supuesto un paso más en esta lucha contra la violencia de género.

- Hay que buscar las razones que dificultan el conocimiento de este problema y confunden la violencia de género con otro tipo de violencias que terminan en el mismo resultado o comparten escenario, el papel de la medicina forense y la medicina legal es clave, y por ello han de reforzarse las Unidades Forenses de Valoración Integral.
- En la atención a las mujeres en situaciones de violencia de género, al igual que en cualquier intervención sanitaria, los profesionales deben tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes, reconocidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y en todos los códigos deontológicos profesionales.
- Las características específicas de la situación de maltrato y la vulnerabilidad de las mujeres que viven en estas relaciones, así como de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos.
- Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario.
- Esto ocurre especialmente cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar, por lo que se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como su deber y la ley obliga y el respeto a la autonomía de las mujeres y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad.
- Emitir un parte de lesiones sin el consentimiento de la mujer sitúa a los y las profesionales ante un conflicto ético, ya que consideran estar violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la paciente. La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espuga M. Violencia de género. Aproximación desde la ética. Casos de Ética clínica. FMC. 2008;15(10):658-60.
2. Castellano Arroyo M. Violencia familiar. En: Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Masson S.A; 2004; p-486-504.
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer (consultado 3-03-2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
4. Martínez León M, Queipo Burón D, Martínez León C, Martínez Fernández P, Martínez Baza P. La violencia de género: estudio médico-legal y forense. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid 2004; XLI: 193-242.

5. Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*. 1986; 1: 101-24.
6. Lorente Acosta M. Medicina legal y forense y violencia de género. *Revista Española de Medicina Legal* 2010; 36(3): 91-92.
7. Martínez León M, Torres Martín H, Martínez León C, Queipo Burón D, De la Fuente Sanz M. Evolución Legislativa de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal en el marco normativo internacional y nacional. *Revista de la Escuela de Medicina Legal* 2010; 14: 15-25.
8. Martín Álvarez JJ. Evolución histórica en nuestro Derecho: De la violencia intrafamiliar a la violencia de género. En: Fariña F, Arce R, Buela-Casal G, editores. *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva S.L.; 2015; p. 19-38.
9. Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. (consultado 25-05-2015). Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/l27-2003.html
10. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (consultado 25-05-2015). Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo1-2004.html
11. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012: Informes. Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad (consultado 25-05-2015). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/QueHacer/protocoloActuacion/ambSanitario/DOC/PSanitarioVG2012.pdf>
12. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (consultado 25-05-2015). Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lecr.html
13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (consultado 8-03-2015). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188
14. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (consultado 25-05-2015). Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo15-1999.html
15. Echeburúa E, Corral P. Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *FMC*. 2004; 11:293-9.
16. Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española Medicina de Medicina Legal*. 2010; 36:117-21.
17. Bonino L. Los programas de reeducación, reinserción o rehabilitación para varones que ejercen violencia contra las mujeres. (consultado 8-03-2015). Disponible en: <http://www.mujeresjuristasthemis.org/>
18. Loinaz I, Echeburúa E. Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clinica Contemporánea*. 2010; 1:85-95.