

# Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres

(Ethical considerations involving reports by health professionals of violence against women)

*El día en que una mujer pueda amar no en su debilidad sino en su fuerza, no escapar de sí misma sino encontrarse, no humillarse sino afirmarse, ese día el amor será para ella como para el hombre: fuente de vida y no de peligro mortal.*

(Simone de Beauvoir)

La violencia contra las mujeres es uno de los problemas más antiguos de la humanidad y su erradicación parece demorarse en el tiempo. Sólo recientemente este tipo de violencia ha entrado a formar parte de las agendas políticas y ha sido declarado problema de salud pública de primera magnitud. En nuestro país, en los últimos años se han aprobado medidas legales dirigidas tanto a la protección de las mujeres que la sufren como al castigo a los agresores. La intervención de los profesionales sanitarios en la elaboración de los partes de lesiones y el respeto a la voluntad de la mujer agredida han generado dudas que entroncan con dilemas éticos y legales no resueltos.

En este sentido, un artículo de este mismo número, firmado por Vives et al<sup>1</sup>, explora el impacto de las medidas legislativas desarrolladas en nuestro país referente a la prevención, la sanción y la asistencia a las mujeres afectadas por la violencia del compañero íntimo a través del análisis del índice epidémico mensual, así como de las denuncias realizadas por las mujeres agredidas; los autores concluyen que parece registrarse, según los datos analizados, un retroceso en la incidencia de nuevos casos de mortalidad en 2005, acompañado de un aumento de las denuncias presentadas por las mujeres. No obstante, actualmente ya se encuentran disponibles los datos para 2006, de la misma fuente empleada por dichos autores para su análisis, que muestra un repunte de las tasas de mortalidad: de 60 mujeres asesinadas en 2005 a 68 en 2006. Así pues, aunque las medidas legales marcan un contexto y tratan de definir las reglas del comportamiento social, su capacidad para modificar conductas sociales de una dinámica tan perversa y arraigada es limitada. Recuérdese a este respecto la diversidad de las situaciones de las mujeres que padecen violencia (inmigrantes, mujeres discapacitadas, en situación de exclusión social,

menores de 21 años y ancianas) y la consiguiente dificultad para ser amparadas por el marco común de una normativa antiviolencia. Por ello, promover un cambio cultural y de actitud de los profesionales sanitarios y sociosanitarios, como personas más cercanas al tratamiento y prevención de la violencia, es un elemento crucial y complementario para el éxito de la reciente modificación normativa.

En las siguientes líneas se resaltarán algunos de los dilemas que vive el personal sanitario y sociosanitario ante los casos de violencia de género en relación con la normativa vigente y con las características de las pacientes, se propondrán varias formas de fomentar un cambio de actitud sobre esta materia y se apuntarán algunas vías de avance. Esta reflexión surge desde una dilatada experiencia como trabajadora social en un centro de salud de atención primaria, atendiendo a mujeres que han sufrido violencia a manos de sus esposos o compañeros, así como de la participación en diversos foros de debate y espacios de coordinación. La intención que anima este trabajo es compartir las reflexiones, inevitablemente parciales, con la comunidad profesional y científica para remover los obstáculos existentes, de tal manera que podamos devolver el protagonismo a las mujeres respecto a sus vidas, mejorar la atención prestada y contribuir a la solución de este grave problema.

## Un poco de historia

La violencia contra las mujeres, fenómeno universal, es una consecuencia del sistema patriarcal y jerárquico, que discrimina lo femenino en beneficio de la supuesta supremacía de lo masculino. El sistema de valores y roles de género diferenciados está arraigado en la estructura social de la mayoría de civilizaciones desde hace unos 5.000 años.

Considerado como un problema menor por parte de la mayoría de los gobiernos, hasta la década de los noventa del siglo xx este proceso no experimenta un cambio cualitativo. Las organizaciones de mujeres, algunos expertos y gobiernos comprometidos favorecen una re-

orientación de la percepción del fenómeno que va a posibilitar una serie de declaraciones institucionales, conferencias mundiales e internacionales que condenan la violencia de género e instan a las diferentes agencias políticas y gubernamentales a la adopción de medidas eficaces para el abordaje de la situación<sup>2</sup>. Destaca la resolución adoptada por la Organización Mundial de la Salud en su 49 Asamblea Mundial (1996), que declara la violencia contra las mujeres una prioridad de salud pública en todo el mundo, así como el reconocimiento de Naciones Unidas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)<sup>3</sup>, de que la eliminación de la violencia contra la mujer es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz.

En nuestro país, durante la última década se han aprobado medidas legislativas dirigidas específicamente a este fenómeno. El sistema sanitario es un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia contra las mujeres<sup>4</sup>. En 1999, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaboró el «Protocolo de actuación sanitaria ante malos tratos domésticos». En los últimos años, los servicios sanitarios de la mayoría de las comunidades autónomas han aprobado protocolos similares. Recientemente, se ha introducido la atención a las mujeres víctimas de violencia de género dentro de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (RD 1030/2006, de 15 de septiembre). La Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial ha aprobado en 2007 el «Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género».

---

### **Evolución de la intervención de los profesionales y de las relaciones con las pacientes en el sistema sanitario**

A finales de los años noventa del siglo pasado, muchos de los mensajes institucionales en relación con la violencia de género animaban a las mujeres a denunciar estas situaciones. El mensaje «mujer, denuncia» caló entre los profesionales, entendiendo que ésta era una de las vías más eficaces para abordar el problema.

Pero la mayoría de los profesionales de la medicina se mostraban reacios a emitir los informes médicos necesarios para adjuntar al parte de lesiones, lo cual dificultaba de manera notoria el proceso legal de denuncia de las mujeres que habían optado por esta vía. Un amplio conjunto de factores<sup>5</sup> (prejuicios, desconocimiento, inseguridad, entendimiento de que la violencia dentro de la pareja pertenece al ámbito privado, temor a «abrir la caja de Pandora»...) explicaban esta reticencia profesional.

Por ello, desde la Administración sanitaria se ha trabajado en la sensibilización del personal para realizar

los informes médicos precisos y para que la mujer presentara la denuncia. Dentro de este objetivo se insiste en la obligatoriedad legal de la notificación al Juzgado por parte de los profesionales de cualquier situación sospechosa de constituir un delito de malos tratos.

Hay varias normativas en relación con el deber de comunicación al Juzgado: a) Art. 30.3 del Código de Deontología Médica; b) Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, o c) Art. 408 de la Ley Orgánica del Código Penal.

Sin embargo, hemos asistido a un proceso paradójico: ahora que desde el sistema sanitario parecen haberse reducido las resistencias a emitir los correspondientes informes médicos, las mujeres que sufren la violencia, en muchas ocasiones, han sido y son las que suplican a sus médicos que, «por favor», no emitan dichos informes. ¿Qué ha ocurrido? Algunos factores explican este cambio, pero antes es preciso aclarar que, en todo momento, ha habido un grupo muy numeroso de mujeres que siempre ha negado en la consulta que las lesiones o sintomatología que presentaban tuvieran algo que ver con la violencia de su esposo o compañero. Por diferentes motivos (debilidad emocional, física y social; temor y dependencia [afectiva y económica] referidos al agresor, posible agravamiento de la situación tras la denuncia, entre otros)<sup>6</sup>, estas mujeres no querían, y no quieren, reconocer la situación que viven, llegando a enmascarar sus enfermedades. Se produce otro fenómeno: una alta proporción de mujeres que sí decide realizar la denuncia tras una agresión la retira a los pocos días o niega/minimiza los hechos, pasando a defender al agresor. Además, hay que señalar que otro grupo de mujeres no es consciente de que los problemas de salud que presenta están relacionados con la relación afectiva que mantiene<sup>7</sup>. Ya en 1979, Walter<sup>8</sup> describió el ciclo de la violencia doméstica, cuyo estudio nos permite comprender cómo se produce, cronifica y agrava la situación, y cómo se deteriora la capacidad de discernimiento de la mujer afectada, confundida por las declaraciones y los gestos realizados por el agresor en la fase de reconciliación.

La situación de las mujeres inmigrantes en situación irregular incorpora elementos nuevos a la reflexión. La Secretaría de Estado de Seguridad dictó la Instrucción número 14/2005, sobre la actuación de dependencias policiales en relación con mujeres extranjeras víctimas de violencia doméstica. Cuando se recibe una denuncia referente a una mujer en esta situación, se prioriza su derecho a la atención y a la protección por encima de la aplicación de la Ley de Extranjería, siempre y cuando obtenga una medida de protección desde el sistema judicial. Si no fuera así, se incoaría el expediente (si no estuviera ya abierto con antelación a la denuncia), según establece la Ley de Extranjería, y podría llegar a ser expulsada del país.

La detección de una situación de violencia suele provocar elevadas dosis de angustia y malestar entre los

profesionales. Un mecanismo de defensa ante estas situaciones suele consistir en aconsejar a la mujer una separación y denuncia del agresor con la mayor urgencia, sin posibilitar las condiciones para que madure esta reflexión. En ocasiones, se produce la «sustitución o suplencia» de la figura del marido/compañero en la toma de decisiones por la del profesional, manteniendo a la mujer en la dependencia. Así, surgen incomprensiones mutuas entre la mujer y los profesionales: ésta se siente incomprendida, e incluso no respetada, por lo que no es infrecuente que termine dejando de acudir a las consultas o negando problemas posteriores con el agresor. Los profesionales acumulan frustración e impotencia.

Si a lo anterior se une el tortuoso camino que hay que recorrer en el sistema de justicia tras la interposición de la denuncia se comprende la sensación de desorientación y pérdida de autonomía que presentan muchas mujeres. Así, es fácil entender que muchas de estas mujeres se arrepientan de haber iniciado una denuncia. Estas experiencias se trasladan al conjunto de la sociedad, especialmente a otras mujeres en situación de vulnerabilidad, lo que genera un ambiente poco propicio a la denuncia.

Así, nos encontramos cada vez con más frecuencia con mujeres que, tras acudir a un servicio sanitario por problemas de salud relacionados directamente con la violencia recibida, lo niegan o suplican a los profesionales que no se informe al Juzgado porque van a seguir conviviendo con el agresor y saben que tal comunicación provocará casi con toda seguridad la detención de éste, su liberación posterior y el aumento de la violencia.

---

### Elementos que condicionan la actuación profesional

Dentro del sistema sanitario, no todos los espacios poseen el mismo contexto para atender a las mujeres agredidas<sup>9</sup>. En las consultas de los centros de salud éstas son pacientes habituales, bien conocidas por sus profesionales (ellas y su entorno) con las que suele haber relaciones de confianza y continuidad. En otros servicios (hospitalarios y urgencias) la mujer suele ser desconocida, la atención suele darse con carácter aislado y discontinuo, y el margen de maniobra con el que suelen operar los profesionales es más reducido. Esto va a condicionar el abordaje que se haga de la violencia, así como el posicionamiento de los profesionales ante el parte de lesiones.

No es ésta la única situación en la que los profesionales sanitarios se ven enfrentados al dilema del respeto a la voluntad de la paciente. De forma cotidiana se atiende a personas con graves adicciones y/o enfermedades

que no siguen los tratamientos recomendados poniendo en riesgo su vida (alcohólicas con cirrosis, adictas a heroína, cocaína y otras drogas con graves secuelas, personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana que no toman la medicación, con conductas sexuales de alto riesgo, etc.). Sin embargo, ante estas situaciones, resulta anecdótica la ocasión en que un profesional sanitario solicita ayuda al juez para obligar a estas pacientes a seguir el tratamiento necesario. ¿Por qué? La larga experiencia acumulada lo desaconseja: no se puede obligar a nadie a cuidarse, y tras una breve intervención por la actuación judicial —si ésta se produce (habitualmente resuelta con internamientos involuntarios)—, la paciente suele regresar a su dinámica habitual, pero con mayor rechazo al sistema sanitario; de nuevo, efectos perversos. No obstante, este cambio de actitud profesional no se ha trasladado de igual manera a la atención a las mujeres que sufren violencia.

Barbero<sup>10</sup> expresa que de las 4 obligaciones morales que tienen los profesionales sanitarios (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) las 2 primeras son de mayor obligación. Con la intervención han de sopesarse las consecuencias, procurando no hacer más daño del que se pretende evitar, lo cual permite excepciones a la norma. La ética de la responsabilidad (que valora las consecuencias) va más allá de la ética de la convicción (se fija sólo en el cumplimiento de la norma). El estilo profesional ha de ser deliberativo, no impositivo, acompañando, cuidando la vida, los valores, las emociones y la seguridad afectiva de la mujer víctima de la violencia.

Se han producido algunos avances hacia el cambio: es el caso del Colegio Oficial de Médicos de Cataluña que, en 2001, ya recomendaba respetar la voluntad de la mujer en este proceso<sup>11</sup>. Igualmente, es cierto que cada día parecen ser más los profesionales sanitarios y sociosanitarios que deciden respetar la autodeterminación de las mujeres y trasladan a foros de discusión este debate. El temor a la sanción legal ante la negativa a emitir el parte de lesiones y su informe médico en contra de la voluntad de la mujer ha de contextualizarse. La sanción legal por ello es una multa equivalente a unos 75 céntimos de euro. También hay la posibilidad de que los superiores de los profesionales sanitarios incoen un expediente disciplinario por incumplimiento de las funciones. Hasta el momento, que sepamos, nada de todo esto ha ocurrido.

---

### Propuestas y vías de avance: papel de los profesionales ante la violencia

De todo este proceso se deduce que cuando se activa la denuncia en contra de la voluntad de la mujer, en muchas ocasiones se consigue todo lo contrario al

objetivo inicial: ayudar y proteger a la mujer. Se logra un efecto perverso que aumenta la violencia en la mujer y la insatisfacción profesional.

A modo de reflexiones colectivas, que abren puertas a cambios en la actitud de los profesionales, planteo varios interrogantes. ¿Por qué no respetar la autodeterminación y autonomía de las pacientes cuando nos lo suplican casi entre lloros? ¿Por qué pensamos los profesionales que sabemos más que ellas y estamos más capacitados para decidir? ¿No se estará proyectando en el sistema sanitario la imagen inconsciente de la debilidad de las mujeres, su incapacidad para tomar decisiones adecuadas y, por ello, la necesidad de que seamos los profesionales quienes tomemos las decisiones por ellas? ¿No sigue estando presente la creencia de la falta de preparación de las mujeres para tomar sus propias decisiones? ¿Hasta dónde sigue impregnando el patriarcado nuestro desempeño profesional? ¿Qué relación hay entonces entre la emisión del parte de lesiones en contra de la voluntad de la mujer y la inseguridad y el desconocimiento profesional en el manejo de la violencia de género? ¿Cuánto deseo hay de cerrar la intervención con la mujer agredida emitiendo un informe y trasladando el problema al sistema judicial –los profesionales mejor formados en entrevista clínica centrada en el paciente y abordaje psicosocial manejan mejor la ansiedad que implica atender a las mujeres agredidas y les acompañan más adecuadamente a lo largo del necesario proceso de recuperación personal–? ¿Cuánto queda de resistencia a reconocer que la violencia de género constituye ante todo un grave problema social y de salud, competencia del sistema sanitario y cuyo abordaje exige procesos lentos?

Es preciso aclarar una cuestión sustantiva: el hecho de que un profesional respete la voluntad de la mujer de no emitir parte de lesiones no equivale, ni mucho menos, a no realizar intervención. Antes al contrario. Otra matización: cuando se ha mencionado a mujeres víctimas de violencia, se ha hablado de personas competentes mentalmente. En el caso de las mujeres incompetentes (formalmente por poseer una sentencia de incapacitación o, de hecho, por problemas psíquicos o de otro tipo), no hay duda acerca de la obligación profesional de adoptar todas las medidas necesarias de protección, incluida la notificación urgente al Juzgado de Guardia.

Respecto a la intervención para con una mujer víctima de violencia, va apareciendo un consenso profesional respecto a la conveniencia de desarrollar ciertas acciones<sup>12</sup>:

– Generar un ambiente adecuado en la consulta que facilite la expresión de la vivencia, garantizar la confidencialidad, no emitir juicios, explorar todos los posibles malos tratos, ofrecer apoyo, coordinación con otros

servicios, alentar y asegurar que tiene derecho a vivir sin violencia, aplazar la prescripción de medicamentos sedantes, explicar las consecuencias de la violencia (ciclo de la violencia).

– Trabajar en equipo desde el modelo biopsicosocial y abordaje interdisciplinario. Los roles de género, los aspectos emocionales y afectivos, el contexto social de cada mujer han de valorarse para formar parte del plan de tratamiento y seguimiento. Las figuras del trabajador social sanitario (a través de quien se realiza la coordinación y la conexión con otros sistemas de apoyo [institucionales y redes de apoyo informales]) y de los profesionales de los equipos de salud mental se tornan imprescindibles. El trabajo del equipo reduce la ansiedad inherente a estas intervenciones.

– Mejorar la formación (conocimientos, actitudes y habilidades) en violencia de género<sup>13</sup>. Sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa. Los estudios<sup>14</sup> reflejan la alta prevalencia oculta en las consultas. Saber identificarla y motivar al abordaje contribuirá a aflorar este fenómeno camuflado bajo sintomatologías diversas.

– Realizar un plan de seguridad<sup>15</sup>: la mayoría de las mujeres deciden seguir viviendo con quienes les agraden, por lo que habrá que ayudarlas a protegerse ante agresiones físicas agudas.

– Explorar, en el caso de que haya hijos y otras personas dependientes en el hogar, las repercusiones de la violencia para éstos y realizar un plan de trabajo para cada uno en coordinación con sus profesionales de referencia.

– Registrar en la historia clínica la violencia detectada y las actuaciones desarrolladas, así como la información dada a la mujer de su derecho a la denuncia, constanding –si es el caso– su negativa a utilizar dicha vía.

– Fomentar el trabajo grupal y comunitario (prevención primaria y secundaria).

– Incluir el enfoque de género en los programas y actividades de salud. Fomentar la detección precoz de la violencia y evitar su cronificación.

– Respetar la voluntad de la mujer en todo el proceso, incluida la posibilidad de la denuncia legal. Las excepciones estarán marcadas por la gravedad de los riesgos del mantenimiento de dicha situación, por la afectación grave de terceros en situación de dependencia (menores y otros) y por la incompetencia de la mujer –que habrá que probar– para tomar la decisión.

---

## Conclusiones

El fomento de leyes que protejan a las víctimas de la violencia es una vía necesaria. En los últimos años se han promulgado importantes leyes en nuestro país

a tal fin. Pero es cierto que, tras evaluar la experiencia acumulada, tal vez sea el momento de considerar la conveniencia de acometer algún cambio para resaltar la autodeterminación y el protagonismo de las mujeres en su proceso de superación de la violencia, al tiempo que se generan las condiciones adecuadas para que los profesionales que las atienden puedan realizar su trabajo de apoyo y acompañamiento en función del ritmo y la peculiaridad de cada persona agredida, sin verse sometidos a estos dilemas éticos y legales.

La violencia contra las mujeres tiene raíces estructurales; a través del cambio de valores y del trabajo educativo es cómo pueden generarse las condiciones, a medio y largo plazo, para erradicar este problema. El apoyo de las leyes es un complemento necesario, pero sólo en la medida en que éstas estén realmente al servicio de quienes pretenden defender. Como certeramente señala Millán<sup>16</sup>, la denuncia no siempre resuelve el problema, por lo que «la intervención debe ir en la línea de trabajar con la mujer y para ella, nunca en contra». Dirigir en exceso la violencia de género hacia el sistema judicial puede traer efectos perversos. Evaluar los procesos acaecidos en los últimos años, preguntar a las mujeres y a quienes les atienden profesionalmente cuáles han de ser las mejores estrategias legales parece una propuesta coherente y valiente para mejorar la atención a estas personas. Mientras llegan las necesarias reformas legales, cambiar el discurso y la práctica respecto a la «exigencia legal» de la denuncia profesional en contra de la voluntad de las víctimas se convierte en una interpelación urgente a la comunidad sanitaria, legal y política cuya respuesta no puede dilatarse en el tiempo. Sólo así contribuiremos al «empoderamiento» de las que debieran ser las protagonistas principales de este proceso: las mujeres.

**Antonia Aretio Romero**

*Servicio Riojano de Salud, Logroño, España.*

#### Agradecimientos

A Rosa del Valle y Fernando Antoñanzas, por sus valiosas aportaciones y sugerencias.

#### Bibliografía

1. Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit.* 2007;21:298-305.
2. Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl 1:63-70
3. Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995 [citado 21 Ene 2007]. Disponible en: <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>
4. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero Piñar MJ. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20:202-8.
5. Aretio A. Detección y abordaje de la violencia doméstica desde la atención primaria de salud de La Rioja: una cuestión pendiente. Logroño: Servicio Riojano de Salud; 2001. Informe técnico.
6. Instituto de Medicina Legal de la Rioja. Intervención médico forense en violencia doméstica, de género y sexual. Logroño: Instituto de Medicina Legal de La Rioja; 2007. Memoria 2005.
7. Palomo M. Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato, ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? *Semergen.* 2004;30:68-71.
8. Walter L. *Battered women.* New York: Harper y Row Publishers; 1979.
9. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, García J, et al. Violencia doméstica. Madrid: SEMFYC; 2003.
10. Barbero J. El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética. En: *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección.* Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 225-39.
11. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Manual informatiu per a metges de serveis d'urgència hospitalaris i d'atenció primària. Pautes bàsiques per a l'entrevista clínica. *Quaderns de la Bona Praxi.* 2001;13.
12. Nogueiras B, Arechederra A, Bonino L. La atención socio-sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales); 2001.
13. Blanco P, Ruiz C, García de Vinuesa L, Martín M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:182-8.
14. Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:4-12.
15. Aretio A. Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público. Logroño: Servicio Riojano de Salud. Gobierno de La Rioja; 2004.
16. Millán R. El trabajo social con mujeres maltratadas. Intervención individual. En: *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección.* Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 145-58.