

## **VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA: ROMPIENDO EL SILENCIO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS<sup>1</sup>**

### **María José Perela Moreta**

Técnica de la Subdirección General de Atención al Paciente  
Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.  
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

---

Resulta notorio que la violencia de género y la violencia doméstica tienen consecuencias sobre la salud de las personas. Por ello, la mayoría de las víctimas han acudido en alguna ocasión a los servicios sanitarios.

Los centros sanitarios son, por consiguiente, unos dispositivos estratégicos para la detección de la violencia de género y la violencia doméstica.

Sin embargo, las estadísticas revelan un aparente bajo índice de comunicación de estos casos desde los centros sanitarios al sistema judicial.

Según los datos del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, las denuncias mediante el parte médico de lesiones representan, en lo que va de año, un 9,8% del total de denuncias por violencia de género. En el año 2015 ascendieron a un 11,3 %, un dato similar al de años anteriores, que osciló entre un 10,9% y un 11,9% entre los años 2014 y 2009<sup>2</sup>. Esto parece sugerir que no todos los casos de violencia tratados en el sistema sanitario han sido notificados a la Autoridad Judicial o al Ministerio Fiscal, a pesar de la obligación legal recogida en los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Por tanto, se hace necesario reflexionar sobre las actitudes, creencias, reticencias u obstáculos personales o profesionales que favorecen, o dan lugar, a esta baja notificación de casos de sospecha de violencia de género o de violencia doméstica.

Todo ello, con la finalidad de explorar, entre todos, nuevas soluciones, alternativas o recursos que favorezcan la notificación de posibles casos y permitan poner en marcha los mecanismos de protección de la víctima y de persecución del delito.

---

<sup>1</sup>.- VI Congreso del Observatorio contra la violencia doméstica y de género. Consejo General del Poder Judicial. Madrid, 3 y 4 de noviembre de 2016.

<sup>2</sup>.- En el año 2015 ascendieron a un 11,9%, en el año 2013: 11,5%, en el año 2012: 11,5%, en el año 2011: 11,4%, en el año 2010: 10,9% y en el año 2009: 11,9% del total de denuncias presentadas.

Para abordar esta cuestión, quisiera exponer brevemente 4 epígrafes:

1. Qué estudios previos existen en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid, que analicen las actitudes o el posicionamiento de los profesionales ante este tipo de violencia (la violencia de género y doméstica), y si estos estudios abordan el deber jurídico de comunicar a la autoridad judicial los casos de los que tengan conocimiento por razón de sus cargos u oficios.
2. Cuáles son las actitudes predominantes, según mi experiencia personal directa en relación a la notificación de casos por parte de los médicos y otros profesionales. Y los motivos más comunes por los que estos profesionales, a veces, se muestran reticentes a la comunicación inmediata al Juzgado o a la Fiscalía.
3. Cómo, paradójicamente, el abordaje terapéutico de la violencia de género puede afectar a la notificación de los casos y al denominado complot del silencio.
4. Y por último, poner de manifiesto las dificultades añadidas para notificar los casos, a la que se enfrentan otros profesionales de la salud, no médicos, que atienden a las mujeres víctimas de violencia de género: los profesionales de enfermería y de trabajo social.

Antes de empezar con los cuatro apartados citados, quisiera señalar, que en el ámbito de la Comunidad de Madrid está plenamente incorporada a la práctica asistencial la intervención sanitaria de todas las manifestaciones de violencia doméstica y de violencia género que reconoce la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, *integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid*. Si bien su sistematización en guías de práctica clínica<sup>3</sup> se encuentra más desarrollada la referida a la violencia de género. En concreto la violencia de pareja contra las mujeres.

Consecuentemente a todo lo anterior, en mi ponencia me referiré fundamentalmente a la violencia de género, aunque, considero que la mayoría de las apreciaciones pueden extrapolarse a la violencia doméstica.

---

<sup>3</sup> .- “Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres”. “Violencia de pareja hacia las mujeres. Guía breve de actuación en Atención Primaria”. “Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres”. “Violencia de pareja hacia las mujeres: guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios”. “Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave”. “Guía para el abordaje de la historia clínica sexual en Atención Primaria”. “Manejo de la Violencia de Género en la Urgencia Extrahospitalaria”.

## 1.- ESTUDIOS PREVIOS SOBRE EL POSICIONAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Respecto a la violencia de pareja contra las mujeres hay dos excelentes estudios de Salud Pública que analizan las actitudes de los profesionales. Estos estudios son públicos y pueden consultarse en internet. Están en el portal salud de la Comunidad de Madrid, en el apartado de publicaciones de violencia de género, en los accesos a los documentos técnicos de Salud Pública<sup>4</sup>. Los títulos de estos *Documentos Técnicos de Salud Pública* son:

- ***“La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas”***
- ***“La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe del estudio cualitativo”***.

También cabe destacarse el trabajo publicado en el año 2009 por el, entonces denominado, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, que lleva el título:

- ***“Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género. Procesos facilitadores de su compromiso”***<sup>5</sup>.

Ninguno de estos estudios aborda específicamente las motivaciones o dificultades que los profesionales de la salud alegan para inhibirse o dilatar el cumplimiento de las obligaciones legales contenidas en los artículos 262 y 355 de la LEC.

No obstante, analizan ampliamente las actitudes de estos profesionales frente a la violencia contra las mujeres. Resulta evidente, que si un profesional no se encuentra comprometido con la detección del problema de la violencia, no lo identificará, y consecuentemente no lo trasladará al ámbito judicial.

Por tanto, conocer estas motivaciones nos podrá ayudar a buscar soluciones para, en primer lugar, conseguir que los profesionales estén más implicados con su detección y el abordaje

---

<sup>4</sup>.-Documento editado por el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo. Puede consultarse en el siguiente enlace:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086\\_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true)

<sup>5</sup>.- Documento editado por el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Julio de 2004. Puede consultarse en el siguiente enlace web:  
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd092n.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196243&ssbinary=true>

terapéutico y en segundo lugar, que los profesionales realicen la pertinente comunicación al sistema judicial de los casos en los que sospeche el maltrato, para que puedan promoverse lo antes posible las medidas de protección que procedan.

Por otra parte, aunque se realiza de una manera breve o tangencial, los estudios sí recogen algunas de las actitudes y apreciaciones que los profesionales expresan sobre la elaboración del parte de lesiones, por lo que intentaré extractarlas y exponerlas de forma sintetizada en esta comunicación.

**1.1.-** Entresacando de los dos primeros estudios citados las cuestiones que afectan al tema de mi exposición, y analizándolas, podríamos concluir, a modo de **síntesis** (a todas luces injusto con estos trabajos, pero necesario por el tiempo con el que disponemos) que se dan dos posibles actitudes en los profesionales sanitarios frente a la violencia de género: Una de **implicación profesional**, y otra, de **falta de implicación con el problema**.

Partiendo de esta dualidad, es preciso analizar cada una de ellas por separado, para subrayar qué factores pueden influir, en cada caso, para que el profesional no dé traslado inmediato al Juzgado o a la Fiscalía de los casos detectados o sospechados.

En el escenario de **falta de implicación del profesional**, resulta obvio concluir, que si no hay predisposición a detectar situaciones de violencia, o no se considera de su competencia, difícilmente se identificará ni se notificará al sistema judicial.

Esta falta de compromiso puede provenir de la influencia del enfoque personal del problema, puesto que el médico no está ajeno a la visión que la sociedad en su conjunto tiene sobre este tipo de violencia. Así, también entre los profesionales de la salud se pueden encontrar personas que consideran la violencia contra las mujeres un asunto privado o del ámbito familiar, y que fuera del tratamiento puntual de las lesiones físicas, no es competencia de los servicios sanitarios, y por tanto no están obligados a hacer una detección de los casos. A este respecto, hay que señalar que actualmente está fuera de toda duda que la violencia doméstica o la violencia de género son competencia del ámbito sanitario. Y así se ha trasladado a los diferentes protocolos y guías de actuación en el ámbito asistencial.

Fuera de estas actitudes, las dificultades que los propios profesionales apuntan para la detección de la violencia de género son principalmente las siguientes:

- Les resulta difícil reconocerla.
- La consideran competencia de otros profesionales como los trabajadores sociales, o los psiquiatras. (Algunos profesionales utilizan la derivación a éstos con el propósito de eludir el problema).
- Alegan falta del tiempo necesario para indagar sobre el problema o para su abordaje.
- Anticipan problemas y complicaciones por su implicación en el proceso penal.

- Les resulta compleja la intervención porque en algunas ocasiones tratan tanto al agresor como a la víctima. (Esta situación es muy frecuente en el ámbito de la Atención Primaria).
- No se consideran suficientemente preparados para abordarla.
- Opinan que faltan protocolos sanitarios que les orienten sobre las intervenciones sanitarias. (Estos trabajos se realizaron antes de que se aprobaran las guías clínicas de atención con las que actualmente cuentan los profesionales de atención primaria, hospitalaria y de los servicios de urgencias).
- Desconocen los cauces institucionales para dar traslado al ámbito judicial de los casos detectados o sospechados.

En todos los casos donde el profesional de la salud se desentiende del problema de la violencia, aunque la víctima acuda al centro sanitario, no se detectará la situación de violencia, ni por supuesto, se realizarán la oportuna comunicación al sistema judicial. **Incluso contribuirá, a mi juicio, a perpetuar la violencia**, puesto que el médico o el profesional de la salud, puede ser un referente moral de la mujer. Si una mujer no tiene conciencia de maltrato, y el profesional se inhibe de actuar, esto favorece la normalización de la violencia.

Por todo ello, considero que antes que intervenir directamente sobre las posibles causas de la reducida tasa de denuncias de los casos desde los centros sanitarios, es preciso, abordar las motivaciones por las que los profesionales se desentienden del problema de la violencia, para posteriormente continuar con el análisis sobre su posicionamiento ante la notificación.

Todas estas actitudes reticentes ante la violencia contra las mujeres, hay que desmontarlas entre todos. Internamente, desde las instituciones sanitarias, remarcando la idea de que se trata de una competencia sanitaria, promoviendo la elaboración y revisión de las guías y protocolos de actuación, contando con una política de comunicación interna adecuada (para que los protocolos lleguen a todos los agentes implicados) y un programa formativo que facilite herramientas de abordaje del problema e información veraz sobre el mismo, sobre el proceso penal y de las posibilidades reales de protección de la víctima y de sus hijos o personas a su cargo.

Pero también desde ámbitos ajenos a la sanidad, como el judicial, policial o social, pueden llevarse a cabo medidas que ayuden a vencer las posibles reticencias de los profesionales. Para ello es necesario tener gestos de aproximación al mundo sanitario, acercarse a conocer los problemas con lo que se encuentran, romper barreras entre estos mundos separados, colaborar con las instituciones sanitarias en la información y formación de los profesionales, y demandar activamente a los servicios de salud que realicen su labor de detección y de notificación. Pero no por el mero hecho de sacarlo a la luz, sino para trabajar conjuntamente en la protección de la mujer y la persecución del delito.

Por otro lado, es preciso considerar las actitudes de los **profesionales sanitarios que sí se encuentran implicados** activamente en las estrategias contra la violencia de género y en su

abordaje terapéutico<sup>6</sup>, frente al deber de notificación a la Autoridad Judicial de los casos detectados.

**El parte médico de lesiones** es la herramienta comúnmente utilizada para dicha notificación. Así, frente a la emisión de este documento encontramos las siguientes actitudes de los profesionales:

- Se acepta fácilmente **cuando se trata de violencia física grave** contra la mujer. En estos casos los profesionales no tienen duda de la obligación legal de su notificación a través de la emisión del parte de lesiones y del beneficio que reporta.
- También tiene buena acogida esta obligación legal **cuando acompaña a la denuncia de la mujer** con la que se ha tenido alguna intervención sanitaria. Si bien, algunos profesionales se muestran reticentes a emitir determinados juicios clínicos por temor a que se tergiversen o se utilicen de manera parcial.
- En otras ocasiones, la emisión y envío del parte de lesiones es visto **como una forma de no comprometerse con el problema**. Esto resultará cierto si el profesional no realiza ninguna otra intervención sanitaria.
- Por otra parte, algunos profesionales **entienden que su Código Deontológico les impide la notificación de los casos si no se cuenta con el consentimiento de la mujer**. posiblemente, algunos profesionales están convencidos de la veracidad de la afirmación de que su código deontológico profesional les impone el deber de confidencialidad por encima de todo (cosa que como ustedes saben no es cierta), dejando la decisión de la denuncia en manos de la mujer, que en algunos casos se encuentra aterrorizada, o como mínimo resignada con la situación. Por ello, es tan necesario promover y facilitar la formación de los profesionales sanitarios en cuestiones legales.
- Y, otras veces, la notificación de los hechos al ámbito judicial se ve como una dificultad para el abordaje de la situación, en tanto que perjudica a la relación de confianza entre el médico y el paciente.

**1.2.-** Por último, en este apartado en el que estamos revisando los estudios previos sobre la cuestión, hay que destacar también la publicación del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales sobre la **implicación de de los hombres sanitarios en la formación sobre la violencia de género y su intervención sanitaria desde un modelo biopsicosocial con perspectiva de género**.

Este trabajo añade algunas matizaciones en relación con el tema de mi exposición.

---

<sup>6</sup>.- Este abordaje terapéutico supone realizar un trabajo de concienciación de la mujer, que en muchas ocasiones no es consciente de su situación, y trabajar con ella para que tome sus propias decisiones (el médico se erige en el catalizador de la toma de decisiones de la mujer).

Así, señala que *“la mayoría siente inseguridad con el ámbito judicial, y no perciben un respaldo institucional adecuado, en especial, apuntan, porque reciben mensajes contradictorios sobre la conveniencia o no de emitir el parte de lesiones, derivado del conflicto que se establece entre las demandas de las mujeres víctimas de malos tratos y la obligatoriedad judicial de comunicarlo rápidamente”*.

Por ello, considero que resulta fundamental buscar cauces de conexión más estrecha entre el mundo sanitario y el judicial, a través de foros de discusión conjunta, y vías de comunicación ágiles que permitan el intercambio de impresiones y la argumentación técnica.

## **2.- ACTITUDES PREDOMINANTES SEGÚN MI EXPERIENCIA DIRECTA.**

Añadiendo mi experiencia directa sobre este tema, podría resumir los motivos para que desde los centros sanitarios haya una baja notificación de los casos detectados o sospechados, en los siguientes:

- Motivos no declarados (y que se deducen de su discurso o de las preguntas que en ocasiones me plantean) serían:
  - **Falta de compromiso o sensibilidad** con el problema de la violencia de género. Lo mismo que puede darse en cualquier otro ciudadano, y con el mismo sesgo de género.
  - **Miedo al agresor.**
  - **Incomodidad en el trato de ambos en consulta o dificultad para el manejo de esta situación.**
  - Y, en la gran mayoría de casos, por **anticipan complicaciones legales o judiciales**. Se infiere de preguntas como las siguientes ¿qué puede pasarme si notifico un caso que no era violencia de género? ¿Y si la mujer retira la denuncia? ¿Tendré que ir a declarar a un juicio?, etc.
- En cuanto a las razones declaradas expresamente cuando se les pregunta por esta cuestión, son generalmente tres:
  1. La primera que manifiestan es la **seguridad de la paciente**. Consideran que la notificación puede incrementar su riesgo.
  2. Por **respetar la decisión de la mujer**.
  3. Y, finalmente, por **desconocimiento de los procedimientos a seguir**.

Sobre estas motivaciones, quisiera hacer las siguientes apreciaciones:

1. Sobre la primera razón que se alude, hay que significar que un número significativo de médicos participan de la opinión de que los intentos de la mujer por salir de la violencia conllevan un aumento del riesgo físico.

Aunque, ciertamente, esta motivación está basada en los datos publicados y en ciertas noticias recogidas en los medios de comunicación, no obstante, creo que puede haber cierta desinformación sobre las medidas de protección integral (medidas penales, civiles, de asistencia y protección social) que se recogen en la Ley 27/2003, de 31 de julio<sup>7</sup> y una desconexión de ámbitos diferentes (el judicial, el policial y el sanitario), aunque lo deseable sería trabajar coordinadamente.

Por ello, considero que sería positivo valorar alguna de siguientes posibilidades para paliar la desinformación y la descoordinación:

- **Consensuar modelos de comunicación con el sistema judicial que incluyan el contenido esencial para una correcta valoración del riesgo y la adopción de las medidas de protección integral de las víctimas.**
- Informar, y difundir entre todos agentes implicados el trabajo y la labor que desempeña cada uno de ellos en la cadena de lucha contra la violencia,
- Elaborar protocolos consensuados ( o al menos que cuenten con la visión de todos los implicados en este problema),
- Organizar foros de debate conjunto,
- Desarrollar sesiones conjuntas con los propios profesionales, o con los responsables de las denominadas *Comisiones de Violencia de los hospitales* y los *responsables de violencia de género* de Atención Primaria, que son los referentes de los centros sanitarios sobre esta cuestión y que pueden servir de correa de transmisión de la información a los profesionales.
- E incluso, habilitar teléfonos de contacto, u otro medio técnico seguro, que permitan la interconsulta entre los diferentes ámbitos de actuación.

2. En cuanto a la segunda motivación aludida por los profesionales, esto es: respetar la decisión de la mujer, quisiera remarcar, que tal como ya he comentado anteriormente, existe una corriente de opinión entre los facultativos que, bien porque entienden que su Código Deontológico les obliga a la confidencialidad absoluta del proceso asistencial, o bien porque consideran que es perjudicial para la intervención sanitaria, rechazan o aplazan en el tiempo el cumplimiento de las obligaciones legales.

---

<sup>7</sup>.- Ley de 27/2003, de 31 de julio, que regula la Orden de protección de las víctimas de la violencia de género.



Esta corriente de opinión viene recogida en los estudios aludidos anteriormente, y puede haber influido en la normalización de los procedimientos asistenciales, por lo que en los protocolos asistenciales no queda, a mi juicio, suficientemente aclarada esta controversia.

Por otra parte, quisiera destacar otro aspecto sobre la argumentación de respetar la decisión de la mujer.

Es cierto que cualquier actuación en sanidad requiere el previo consentimiento informado del paciente, pero, en primer lugar, este principio no está por encima del deber legal contenido en el artículo 262 de la LECr:

*“Los que por razón de sus cargos, profesión u oficios tuvieren 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 funcionario de policía más próxima al sitio, si se tratare de un delito flagrante”.*

En segundo lugar, hay que tener en cuenta otro factor.

Cuando hablamos de consentimiento informado, partimos de la existencia de plena capacidad y consentimiento no viciado, pero, en muchas ocasiones no es así, puesto que nos encontramos con mujeres que:

- no son conscientes de que sufren violencia de género
- mujeres que tienen una situación de vulnerabilidad extrema y que esto influye de una manera significativa en su toma de decisiones,
- mujeres que tienen miedo por su seguridad física o la de sus hijos.

En todos estos casos, desde luego, no podemos hablar de un verdadero consentimiento. Y sin embargo los servicios sanitarios se posicionan, frecuentemente en el respeto absoluto de la decisión de la mujer de denunciar previamente su situación.

Si bien, la notificación inmediata de los casos se supedita a la existencia, o no, de riesgo para la mujer. Por ello, en los protocolos asistenciales se recoge que debe evaluarse el riesgo de la mujer en todas las consultas de tratamiento o seguimiento que se realice.

Esta instrucción de evaluar el riesgo en todos los contactos que el profesional sanitario tenga con la mujer víctima de maltrato, resulta muy positiva, si bien la dificultad que observo es que el sanitario asume, personal y exclusivamente, dicha evaluación y la elaboración de un plan de emergencia.

Tanto la valoración del riesgo como el plan de seguridad, difieren de los que se manejan por las Fuerzas de Seguridad o por el médico forense. Por ello, es necesario insistir en la necesidad de mejorar la comunicación y la coordinación entre todos los agentes involucrados. Para ello, considero que podría resultar de utilidad la **constitución a nivel autonómico de un órgano interdisciplinar** con capacidad para trasladar propuestas a los diferentes ámbitos implicados.

3- En cuanto a la tercera de las justificaciones apuntadas por algunos profesionales para no dar traslado de inmediato al juez de los hechos, que recordemos era el **desconocimiento de los procedimientos normalizados**, quisiera señalar lo siguiente:

En la Comunidad de Madrid, además del protocolo marco del Ministerio de Sanidad<sup>8</sup>, existen otros protocolos normalizados de intervención sanitaria frente a la violencia de género, recogidos en las guías clínicas de actuación de los diferentes ámbitos asistenciales: atención primaria, atención hospitalaria, servicios de salud mental y servicios de urgencia hospitalarios y extrahospitalarios<sup>9</sup>.

Por otra parte, se ha creado una estructura de referencia y coordinación en todos los niveles de gestión. Así, desde el año 2005 desarrolla estas funciones la “*Comisión Técnica de acciones de salud contra la violencia de género*” (órgano técnico de la Consejería de Sanidad en el que están representados los diferentes niveles asistenciales, docentes y de servicios centrales implicados en la violencia de género y asiste como invitado permanente un miembro de la Dirección General de la Mujer).

A nivel asistencial, se ha nombrado en cada centro de salud la figura del “*responsable de violencia de género*”, y en atención hospitalaria cuenta con comisiones específicas y de la figura del “*gestor de casos*”, que asegura la necesaria coordinación asistencial entre atención hospitalaria y atención primaria.

### **3.- EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS Y EL DENOMINADO COMplot DEL SILENCIO.**

La concepción de la violencia de género como problema de salud pública supone que el médico debe estar alerta a los signos y síntomas de la violencia para detectarla, visibilizarla y relajar un diagnóstico de sospecha, y una intervención sanitaria para tratar las repercusiones sobre su salud que el maltrato le haya ocasionado, y ayudarla a salir de la violencia.

---

<sup>8</sup> .- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Puede consultarse en el siguiente enlace web:

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

<sup>9</sup> .- “*Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*”. “*Violencia de pareja hacia las mujeres. Guía breve de actuación en Atención Primaria*”. “*Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres*”. “*Violencia de pareja hacia las mujeres: guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios*”. “*Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*”. “*Guía para el abordaje de la historia clínica sexual en Atención Primaria*”. “*Manejo de la Violencia de Género en la Urgencia Extrahospitalaria*”. Pueden consultarse en el siguiente enlace web:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354210004571&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag\\_e%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1142507566488](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354210004571&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag_e%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142507566488)

Pero también, tiene la consecuencia de que se promueve la relación terapéutica, y por tanto, muchos médicos, los más comprometidos con este problema, priorizan la búsqueda de un espacio de confianza, para que la mujer pueda exteriorizar su problema, frente a la notificación inmediata al Ministerio Fiscal o a la Autoridad Judicial de la sospecha de maltrato.

Es unánime la recomendación que los expertos en el abordaje del problema proponen a los profesionales de la salud, de procurar una relación de empatía y seguridad, para que la mujer encuentre en el sistema sanitario los recursos necesarios para poder salir de una situación de maltrato.

Por ello, la notificación inmediata al sistema judicial de la sospecha de violencia de género, puede ser visto por la mujer que ha confiado en el profesional sanitario como una deslealtad.

Por otra parte, tal como he comentado anteriormente, también puede ser percibido por los profesionales como una forma de incrementar la magnitud de la violencia y el peligro para la mujer.

Así, el deber legal de dar traslado al Juez del caso, puesto que se trata de un **delito público**, se presenta para el profesional de la salud como una **paradoja**, porque, una vez detectada la violencia, la notificación al sistema judicial sin el consentimiento de la víctima, **impide o dificulta la intervención sanitaria** (que es el objetivo del médico) por el previsible deterioro de la relación de confianza, y a la larga, en la estrategia global contra la violencia de género **impide la detección del problema en otros casos**, puesto que las mujeres estarán menos propensas a contar su problema al médico.

#### **4.- DIFICULTADES DE OTROS PROFESIONALES PARA LA NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS DETECTADOS: ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL**

Por último, queda poner de manifiesto las dificultades para la notificación de otros profesionales, no médicos, que detectan y atienden a las mujeres víctimas de violencia de género: personal de enfermería y trabajadores sociales.

En cuanto al **colectivo de enfermería**, hay que decir que el trabajo que realiza en la actualidad de forma autónoma de otros profesionales, como el médico, y principalmente en Atención Primaria, es muy desconocido.

La enfermería realiza, de forma habitual en atención primaria, y cada vez más, en atención hospitalaria, un proceso asistencial, que en síntesis, consiste en una valoración sistemática y ordenada de la persona, de acuerdo a unos patrones funcionales<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> .- Los 11 Patrones Funcionales que actualmente se manejan en atención primaria se denominan: Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. Patrón 2: Nutricional – metabólico. Patrón 3: Eliminación. Patrón 4: Actividad – ejercicio. Patrón 5: Sueño – descanso. Patrón 6: Cognitivo – perceptual. Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto. Patrón 8: Rol – relaciones.

Tras la valoración integral, se consigan los diferentes diagnósticos enfermeros, siguiendo una taxonomía internacional. Y a cada diagnóstico, irá unido un plan de cuidados, con actividades y objetivos de salud.

La valoración que hace la enfermera, se refiere a todas las facetas de la persona, no se limita a cuestiones físicas, sino también incluye cuestiones psíquicas, emocionales, sociales y relacionales.

Por otra parte hay que recordar que en Atención Primaria, esta valoración se realiza también en el domicilio del paciente. Por tanto, es relativamente frecuente que sean estos profesionales quienes detecten un posible caso de violencia doméstica o de violencia de género.

De acuerdo con el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, también tiene obligación de ponerlo en conocimiento inmediato del Ministerio Fiscal o la Autoridad Judicial competente, si bien, generalmente, lo que se hace es derivarlo al médico para que sea él quien lo notifique mediante el envío de un parte de lesiones o de un informe médico. Pero aquí, puede chocar con las reticencias del facultativo que he apuntado anteriormente.

Para estos casos, generalmente, no está normalizado el procedimiento para ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal o del Juez, por ello, es fácil de prever que en muchas ocasiones, no se realizará.

Tanto en el ámbito sanitario, como el judicial o el policial, se ha entendido tradicionalmente que el deber de denunciar los hechos constitutivos de delito público se considera cumplido, en el caso de los médicos, a través de la emisión del parte de lesiones, ignorando esta nueva realidad de los centros sanitarios y de otros profesionales de la salud. Considero que sería bueno abordar esta cuestión entre todos.

Con los **trabajadores sociales de los centros sanitarios**, la situación es diferente. Algunas veces, cuando el profesional médico o de enfermería detecta un presunto caso, lo deriva directamente a Trabajo Social y es éste el que les informa y les insta a la elaboración del parte de lesiones y su remisión al Juzgado.

Para estos profesionales, tampoco suele haber protocolos normalizados para la notificación judicial de los casos detectados. Y en el supuesto de que el médico no realice la denuncia de los hechos, queda, a expensas, de la motivación e implicación del propio trabajador social.

Por último, hay que subrayar, que, en las *Comisiones hospitalarias contra la violencia*, estos profesionales representan un referente para el abordaje de los casos y para la coordinación de la atención sanitaria entre niveles asistenciales: primaria y hospitalaria.