

# Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la Atención Primaria de salud

**Grupo de Violencia de género y Atención Primaria  
de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)**

**Grupo de Ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i  
Comunitària (CAMFiC)**

**Comisión redactora:**

Joan Atmetlla Andreu  
Pilar Babi Rourera  
Clara Calleja Vega  
Carme de Castro Vila  
Esperanza Díez Fuentes  
Montserrat Espuga Garcia  
Aurora Rovira Fontanals

**Grupo de Violencia de género  
y Atención Primaria de la CAMFiC**

Joan Atmetlla Andreu  
Pilar Babi Rourera  
Clara Calleja Vega  
Noemi De Miguel Llorente  
M. Esperanza Díez Fuentes  
Margarita Español Garrigos  
Montserrat Espuga Garcia  
Maria Isabel Fernandez  
Delgado  
Hubert Foulon  
Ana Gómez Saldaña  
Núria Querol i Viñas  
Manel Recasens Boada  
Elisabet Martorell Sole  
Cristina Muñoz Lopez  
Gloria Ortiz Bordanova  
Francesca Peñas Lopez  
Anna Roig Campo  
Aurora Rovira Fontanals  
Isabel Villar

**Grupo de Ética de la CAMFiC**

Joan Atmetlla Andreu  
Carme de Castro Vila  
M. José Fernández de Sanmamed Santos  
Roser Marquet Palomer  
Ramón Morera Castell  
Eva Peguero Rodríguez  
Albert Planes Magrinyà  
Miquel Reguant Fosas  
Marisa Rubio Montañés

**Formaron parte del grupo  
durante la elaboración del  
documento:**

Carmen Adalid Villar  
Lluís Balagué Gea

## Agradecimientos

Este texto ha sido elaborado con el trabajo del Grupo de Violencia de género y del Grupo de Ética de la CAMFiC. Esta es el alma del documento , la responsabilidad de los contenidos es de los grupos.

Asimismo, las aportaciones, críticas y propuestas de mejora de los y de las referentes y de los revisores y revisoras han sido muy importantes para su redactado final. Personas de diferentes disciplinas del conocimiento y de diferentes perspectivas de la asistencia han hecho un esfuerzo notable por entender y enriquecer nuestro documento. Queremos empezar con una agradecimiento expreso por esta tarea imprescindible.

### Referentes del Grupo de Ética

Noe Amorós  
Carme Batalla  
Isabel Buezo  
Eva Comin  
Carles Llor  
Carme Prieto  
Jesús Pujol  
Aurora Rovira  
Montserrat Soler  
Pedro J. Subías  
Ana Vall-Ilossera  
Rosa Vila  
Francesca Zapater

### Revisoras y revisores del documento

#### **Núria Beitia Hernández**

*Psicóloga  
Magistra de Duoda (Centre de Recerca de dones de la Universitat de Barcelona)  
Corresponsable del Màster en Estudis de la Diferència Sexual (Duoda - UB)*

#### **María Casado**

*Directora del "Observatori de Bioètica i Dret"  
y de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona*

#### **Heinrich Geldschläger**

*Psicólogo y psicoterapeuta, Associació  
Conexus*

#### **I tziar de Lecuona**

*Doctora en derecho  
Prof. Dept. Salut Pública, Facultat de Medicina  
Investigadora de l'Observatori de Bioètica i Dret -  
Càtedra UNESCO de Bioètica  
Universitat de Barcelona*

#### **Beatriu Macià**

*Terapeuta Especializada en la atención a mujeres maltratadas de Tamaia*

#### **Francesca Puigpelat Martí**

*Catedrática de Filosofía del Derecho  
Universitat Autònoma de Barcelona*

## Sumario

Introducción

Glosario

Qué hay que hacer cuando la mujer no quiere denunciar

Cuando el maltratador y la víctima son pacientes  
de la misma consulta

Violencia de género: La necesidad de los registros,  
la dificultad de los registros

Puntos clave

Anexos

Bibliografía

## INTRODUCCIÓN

### *El porqué del documento*

En el año 2008 la jornada que el grupo de Violencia de Género y Atención Primaria de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC) organiza anualmente para conmemorar el Día Internacional contra la violencia hacia la mujer del 25 de noviembre, trató de los retos éticos de la atención a la violencia de género. Los temas tratados fueron dos:

- Qué hacer cuando la mujer maltratada no quiere denunciar y
- Las dificultades que se presentan cuando el maltratador y la víctima son atendidos por la misma persona.

Del interés demostrado en el debate y de la impresión de que el tema estaba muy sufrido pero poco tratado formalmente, surgió el documento que ahora presentamos, elaborado por el grupo de Violencia de Género y Atención Primaria y por el grupo de Ética pertenecientes a la CAMFiC. En él tratamos los dos temas de la jornada, más un tercer tema que dedicamos al registro de la información sobre maltrato, sin intención de agotar todas las posibilidades de reflexión que el tema de la violencia y la ética generan.

El listado de temas posibles es muy extenso. Algunos de los que dejamos para otra ocasión son:

*Aspectos éticos específicos de la violencia de género en chicas adolescentes, en mujeres y en mujeres inmigrantes:*

La violencia en menores de edad plantea problemas éticos específicos, es necesario recordar por ejemplo que en nuestro país los 16 años marcan la mayoría de edad sanitaria y que antes de esta edad existe la figura del menor maduro. En el caso de mujeres ancianas y de mujeres inmigrantes, a pesar de que se tratan algunos aspectos a lo largo del documento, podría hacerse un análisis más extenso y profundo.

*Cuando la médica sufre violencia de género o el médico la ejerce:*

Estas son situaciones teóricamente frecuentes porque los porcentajes de mujeres maltratadas y de hombres que maltratan deben ser, en principio, similares a las cifras de las poblaciones generales a las que pertenecen las personas, pero no tenemos estudios que hagan referencia a ello. Las implicaciones de estas situaciones en el trabajo asistencial y en la relación profesional-paciente están pendientes de analizar.

### *Las instituciones sin visión de género:*

La responsabilidad personal no puede suplir la responsabilidad institucional y la victimización por vía institucional es difícilmente compensable por el voluntarismo del/de la profesional.

### *La atención a la violencia de género es multidisciplinaria:*

Si bien el trabajo en red hoy en día es necesario en todas las disciplinas, en relación a la violencia lo es de una manera especial, y plantea dificultades éticas en aspectos de registros, coordinación, confidencialidad, etc.

Este es un documento de reflexión, no se trata de un documento sobre los recursos disponibles, tan variables en nuestro territorio, ni tampoco de un documento operativo: Mas que proponer soluciones, nos hemos propuesto señalar y analizar los conflictos éticos que surgen en la atención a la mujer que sufre maltrato y al hombre que maltrata, e indicar sobre todo vías por donde continuar trabajando. Para profundizar en el tema de la violencia de género se puede consultar el documento "Violencia de género y atención primaria de salud: una visión desde la consulta" elaborado por el Grupo de Violencia de Género y Atención Primaria y editado por CAMFiC el 2012.(1)

### ***Estructura del documento***

A los tres capítulos mencionados les hemos añadido un glosario de términos que se utilizan habitualmente al tratar la violencia de género y, como las definiciones elegidas pueden condicionar la lectura del documento, lo hemos puesto inmediatamente después de esta Introducción.

Al final del documento hay una serie de puntos clave que siguen la estructura del documento y pueden ser útiles como guía de lectura o como resumen sintético una vez que se ha leído el documento extenso.

Además, hemos elaborado un resumen, que editamos en documento a parte, que intenta ser autoexplicativo y dar las claves del documento extenso sin necesidad de leerlo.

### ***Consideraciones finales***

Hay que decir desde el principio que la atención a la mujer que sufre maltrato requiere tiempo: la anamnesis y la reflexión sobre las decisiones a tomar, entre otras, requieren tiempo. También hace falta tiempo para la coordinación con

dispositivos asistenciales y no asistenciales (por ejemplo con la justicia). El proceso por el cual una mujer puede salir de una situación de maltrato, no transcurre en una sola consulta, también aquí los tiempos son largos.

Reorganizar los tiempos asignados a las diversas tareas en la consulta y fuera de ella es responsabilidad nuestra. Procurar los medios organizativos y humanos necesarios para una correcta asistencia es responsabilidad de la administración.

Barcelona, primavera de 2013

## GLOSARIO

**Desigualdad estructural:** En nuestra cultura se han estructurado distinciones sociales y culturales entre hombres y mujeres para convertir las diferencias biológicas en jerarquías de poder. Esta cualidad estructural hace difícil la visualización de la desigualdad y de la violencia, también en la práctica médica.

**Empoderamiento:** Es el hecho de conceder poder a un colectivo para que mediante su autogestión mejore sus condiciones de vida. En el caso de la violencia de género se trata de devolver a la mujer la autoridad sobre su propia vida.

### Formas de maltrato a la mujer dentro de la pareja (1):

- **Agresión psíquica:** conductas hostiles, menosprecio, indiferencia, desvalorización, obligar a hacer cosas humillantes o en contra de sus principios y las denominadas conductas de control (control sobre las amistades, la manera de vestir, dónde está en cada momento...). La agresión psíquica siempre está presente, por eso, debemos pensar en ello ante cualquier tipo de agresión. Sus secuelas son más graves y más duraderas que la mayoría de maltratos físicos.
- **Agresión física:** empujones, golpes, bofetadas, intentos de estrangulación, quemaduras, agresiones con objetos y armas, y otras.
- **Agresión sexual:** violación conyugal, relación sexual sin consentimiento, falta de responsabilidad en la contracepción o en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- **Agresión verbal:** insultos y descalificaciones.
- **Abuso económico:** control exclusivo del dinero, utilizar en beneficio propio los bienes de la familia e impedir la independencia económica de la mujer (por ejemplo, dificultando el acceso al trabajo).
- **Agresión o amenaza a los animales de compañía o daños a bienes y propiedades.**
- **Amenaza de agresión y/o de muerte a ella misma o a los hijos e hijas, o de suicidio del agresor.**



- **Aislamiento social:** cualquier estrategia dirigida a limitar los movimientos y relaciones personales.

**Maltratador, agresor, hombre que maltrata:** aquel que comete el maltrato en cualquiera de sus formas. En el caso de violencia de género, pareja o expareja de la víctima.

**Orden de alejamiento:** sentencia judicial - o medida cautelar – mediante la que el agresor no puede acercarse a la víctima ni acudir a lugares habitualmente frecuentados por la mujer.

**Principios éticos:** Los cuatro principios clásicos son: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia. Adaptamos las definiciones del documento del Grupo de Ética de la CAMFiC "La autonomía, el derecho a decidir" (11):

- **Beneficencia:** "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Curar el daño y promover el bien o el bienestar.
- **No-maleficencia:** Es el *primum non nocere*. No producir daño, y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento innecesarios, no producir incapacidades, no hacer daño.
- **Autonomía:** Capacidad de una persona para pensar y actuar libremente, de forma consciente y voluntaria, conseguir sus objetivos, y comunicarlos a los demás, asumiendo las consecuencias de sus actuaciones. La autonomía es una característica dinámica, que cambia de grado (puede aumentar o disminuir) en diferentes momentos de la vida de una persona. La autonomía total, como la perfección, no existe.
- **Justicia:** Equidad en la distribución de cargas y beneficios. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Algunos aspectos específicos regulados por el principio de justicia son la asignación de los recursos, y también los derechos de terceros.

**Víctima:** persona que sufre el maltrato de forma directa (mujer maltratada y sus hijos e hijas) o indirecta (especialmente los niños o niñas que son testigos del maltrato a su madre). Desde algunos ámbitos se han propuesto palabras

alternativas para referirse a mujeres maltratadas, como “superviviente” para enfatizar las capacidades de la mujer.

**Victimización:** Es el proceso que vive la mujer que sufre la violencia de género que la lleva a no reconocer el maltrato, sentirse culpable de los hechos, perder ámbitos de autonomía, capacidad de decisión y red social protectora. No hay que confundir “Victimización” con la expresión coloquial “hacerse la víctima”.

**Victimización secundaria:** Es aquella que se genera en la relación entre la víctima y el sistema sanitario, los cuerpos policiales, el sistema judicial o la sociedad en general, cuando las organizaciones que tienen que protegerla no lo hacen activa o pasivamente. Por ejemplo, cuando no se reconoce el maltrato, se culpabiliza a la víctima, se minimiza el daño, etc. También se ha denominado revictimización.

**Violencia de género, violencia machista, violencia hacia las mujeres:** Hay algunas diferencias conceptuales en los referentes jurídicos nacionales e internacionales, fundamentalmente respecto a la amplitud del espectro de la violencia, que en la declaración de la ONU y en la ley catalana se refiere a cualquier manifestación de discriminación hacia las mujeres en la sociedad, mientras que la Ley Orgánica de 2004 se refiere a la violencia dentro de la relación de pareja.

En este documento nos hemos referido a la violencia de género en este último sentido, aquella que sufren las mujeres dentro de la relación de pareja o expareja.

La Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1993 estableció que la violencia machista es “todo acto de violencia basado en la pertinencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de estos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

La Ley Autonómica, Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (20), en el artículo 3: “A los efectos de esta ley, se entiende por *violencia machista* la violencia que se ejerce hacia las mujeres, como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, y que,

producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, intimidaciones o coacciones, tenga como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado.”

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (24). Artículo primero: “La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.”

## I. QUÉ HAY QUE HACER CUANDO LA MUJER NO QUIERE DENUNCIAR

Antes de empezar este capítulo queremos aclarar que los médicos y las médicas que atienden a mujeres maltratadas suelen usar el término “denuncia” para referirse al acto de informar de los hechos a la justicia mediante el parte de lesiones. En este capítulo intentaremos deshacer el equívoco y reservaremos el término “denuncia” para nombrar la acción por la que la mujer maltratada o sus familiares solicitan la actuación de la justicia. A la emisión del parte de lesiones lo llamaremos comunicar o informar a la justicia.

### CASO CLÍNICO:

*Maria es una mujer ecuatoriana de 19 años que vive en Barcelona desde hace un año. Embarazada de 13 semanas, vive con su pareja en un piso compartido.*

*Hace una primera visita al Centro de Salud por molestias relacionadas con el embarazo. Se le dan consejos sobre salud en el embarazo: Tóxicos, fármacos, detección del maltrato.*

*Dos semanas después le lleva a su médica un informe de Urgencias donde la atendieron unos días antes por dolor abdominal. En la consulta le explica que fue causado por una agresión previa por parte de su pareja, con amenazas de quitarle al bebé cuando naciera. En la exploración física, tiene un hematoma en la región parietal y varias contusiones, y está muy ansiosa. La paciente dijo en el hospital que las lesiones se produjeron por una caída casual.*

*Refiere otras agresiones de menor intensidad y niega abuso sexual. No trabaja fuera de casa. Hay poco apoyo social a causa de la inmigración reciente, del hecho de no trabajar y de no tener otros parientes en nuestro país.*

*Tiene miedo por la situación de inmigración irregular en la que vive: tiene miedo a la detención, miedo a la expulsión. Como no percibe peligro inminente de nuevas agresiones, a pesar del consejo de denunciar que le da su médica, la paciente no quiere denunciar.*

*La médica, después de valorar el riesgo, acepta aplazar el parte de lesiones, a condición de que la paciente mantenga el contacto, con la intención de que se clarifique su objetivo y encuentre las herramientas necesarias para llevarlo a cabo: proteger a su bebé, conseguir independencia económica, vivienda segura, denunciar, separarse,...*

*La médica se pone en contacto con la ginecóloga y con la trabajadora social con el acuerdo de María, con el fin de estar atentas al riesgo del embarazo, a la aparición de nuevas agresiones y a mejorar el apoyo social. Desde Trabajo Social se le ofrecen recursos específicos para mujeres en situación de maltrato.*

*Días después la médica constata que no hay cambios en el propósito de la mujer y ante la situación de vulnerabilidad en los próximos meses y el riesgo para el bebé, habla con ella, le explica cuáles son sus obligaciones como profesional hacia la ley y le dice que hará un informe al juzgado.*

*María se cambia de médica y de centro de salud.*

Qué hacer si la mujer no quiere denunciar, es la pregunta que continuamente nos hacemos, la primera que sale en los cursos de formación. Es una pregunta que genera angustia a quien atiende a mujeres en situación de violencia y conflicto entre instituciones. Desde nuestra mirada asistencial, intentaremos profundizar en el tema analizando de qué tenemos miedo, de dónde surgen los conflictos entre el nivel asistencial y el jurídico, para finalmente proponer alternativas desde las que continuar atendiendo a las mujeres sin bloquearnos en la disyuntiva de hacer o no hacer el parte al juez. Debemos insistir en el hecho de que el comunicado a la justicia no finaliza el proceso asistencial, que está dirigido a que la mujer establezca objetivos para salir de la situación de violencia con las ayudas necesarias (1) (30).

## ¿DE QUÉ TENEMOS MIEDO CUANDO LA MUJER NO QUIERE DENUNCIAR Y NOS PIDE QUE NO INFORMEMOS A LA JUSTÍCIA?

Al plantear un desacuerdo con la norma legal la médica o el médico se encuentra en una situación difícil: el cumplimiento de la ley choca con la obligación profesional de procurar el bien de la paciente y minimizar los perjuicios, respetando su autonomía (29).

En esta disyuntiva una de las emociones que afloran es el miedo: miedo a qué le pasará a la mujer o a nosotros si escogemos obedecer la ley o actuar en interés de la salud de la paciente si entran en conflicto. Lejos de fundamentar la decisión ética en el miedo, intentamos más bien discernir qué nos empuja a actuar y qué nos retiene, utilizando el miedo como guía para situar los distintos conflictos.

### 1. Miedo de lo que le pueda pasar a la mujer<sup>1</sup>

**Comunicarlo a la justicia y empeorar objetivamente las condiciones de vida de la mujer::** Un caso-tipo que suele encontrarse en la atención primaria es el maltrato psíquico poco intenso, en mujeres mayores, a menudo con escasa victimización, donde se ha conseguido con los años un cierto equilibrio relacional, a pesar de que en los antecedentes pueda aparecer violencia física. Si actuamos según la ley, debemos hacer parte de lesiones o informe a la justicia. En este caso priorizar la información a la justicia que comportará probablemente pérdida de ingresos, soledad, aislamiento de hijos y nietos, etc. probablemente no sea el interés principal de la mujer. Y ni qué decir tiene si la mujer es la cuidadora del agresor enfermo. Entonces querrá en primer lugar conseguir recursos asistenciales adecuados, ingresos económicos suficientes, tiempo personal para compensar el inevitable desgaste del cuidar,...

Des de un punto de vista ético, en las circunstancias que hemos descrito, nos parece menos maleficente, más benéfica y más respetuosa con la autonomía de la mujer no comunicarlo.

Pero hay otras situaciones en las que también podemos empeorar las condiciones de vida de la mujer, y que no dependen de la edad de la mujer ni de

---

<sup>1</sup> Unas reflexiones complementarias realizadas desde el punto de vista de la beneficencia las exponemos más adelante en el apartado "Todo lo que registramos como maltrato, debemos comunicarlo a la justicia?" en el capítulo "Violencia de género: La necesidad de los registros, la dificultad de los registros".

si es o no inmigrante, por ejemplo cuando la mujer está sometida a formas de violencia psicológica, sexual, económica,... pero no las identifica como tales. En estos casos una denuncia apresurada puede ser perjudicial.

**Comunicarlo a la justicia y poner a la mujer en peligro:** La violencia de género suele adoptar una secuencia cíclica. Sabemos que la intensidad de la violencia irá en aumento, hasta un punto álgido después del cual hay una tregua y una fase de reconciliación (“luna de miel”), para volver a iniciarse el círculo en lo que se conoce como ciclo de la violencia (2).

Desde un punto de vista estratégico, al agredir a la mujer, el agresor no está “perdiendo los nervios”, sino que está afianzando o recuperando el control de la relación. Cualquier acontecimiento que el agresor interprete como una pérdida de control, hará que intente recuperarlo con un aumento de la violencia. Son acontecimientos que implican una pérdida de control el hecho de hablar del maltrato con una amiga, ir a un punto de ayuda del ayuntamiento, explicar en la consulta médica la violencia que sufre,... Y la denuncia o la intención de denunciar también representa una pérdida de poder y de control. Respecto a esto hay que recordar que muchas muertes se producen después de que la mujer se ha separado o ha anunciado que se quería separar. Es imprescindible, a la hora de realizar el comunicado de lesiones o el informe a la justicia y mientras la justicia puede proteger a la mujer, ayudarla a tomar medidas de seguridad. Esta situación es especialmente difícil si hacemos el comunicado a la justicia sin el consentimiento de la mujer, puesto que probablemente no tomará medidas de protección contra el agresor.

Si viendo la situación en que se encuentra la mujer pensamos que la denuncia podría aumentar de alguna manera el riesgo de agresión, hay que considerar la posibilidad de no remitir inmediatamente el informe a la justicia.

Desde un punto de vista más general, también ponemos a la mujer en peligro en el caso de una denuncia realizada sin procurar las condiciones de seguridad suficientes para ella y sus hijos, cuando se encuentran en un momento álgido de violencia. En este caso, más allá del hecho de que la denuncia contribuya al desencadenamiento de la violencia, queremos insistir en la necesidad de conseguir un entorno seguro, tal como prescribe el Código Deontológico. Artículo 72: *“El médico no debe estar presente en ningún acto*

*que comporte el uso, o la amenaza de uso, de la tortura o de cualquier otro acto cruel, inhumano, degradante, de opresión o vejación. Al contrario, tiene el deber de denunciarlo, si tiene conocimiento de ello. El médico que tenga conocimiento de la existencia de maltratos a menores, de género, a incapacitados y, en general, a cualquier otra persona, debe poner los medios necesarios para protegerlos y tiene el deber de denunciarlo una vez se asegure en la medida de lo posible la protección de la víctima." (3)*

**Ponerlo en conocimiento de la justicia y provocar la expulsión de la mujer inmigrante sin papeles:** Ya que comunicarlo a la justicia pone en evidencia la situación irregular de la mujer, hasta hace poco esta podía ser tratada como cualquier otra inmigrante ilegal y ser expulsada. La especial vulnerabilidad de la mujer en esta situación ha sido reconocida por las modificaciones a la Ley de Extranjería aprobadas en el año 2011, que protegen de la expulsión a la mujer que denuncia al agresor. La protección incluye a los hijos y a aquellas personas de su entorno que pudieran verse afectadas por la denuncia.<sup>2</sup>

**Comunicarlo a la justicia y provocar la expulsión del agresor:** La expulsión del agresor elimina el riesgo de futuras agresiones, pero puede aportar problemas nuevos a la mujer: la pérdida del apoyo económico, la pérdida del interlocutor con el exterior, renunciar o redefinir los objetivos vitales perseguidos hasta entonces, etc. También es necesario tener en cuenta que pueden haber represalias contra el agresor en el país de origen y repercusiones sobre los hijos e hijas, tanto aquí como en su país.

Las consecuencias legales de una denuncia no siempre son correctamente previstas por la mujer que denuncia. Hay ocasiones en que la mujer espera que el agresor sea amonestado por la autoridad, pero de ninguna forma prevé que se siga un proceso penal que acabe con la prisión o la expulsión. Estas expectativas pueden tenerlas también mujeres no inmigrantes dependiendo de las experiencias previas y del conocimiento de los usos legales de nuestro país.

---

<sup>2</sup> Agencias. No se abrirá expediente de expulsión a extranjeras que denuncien malos tratos. Madrid : El País; 28 de Julio del 2011. Disponible en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/07/28/actualidad/1311804005\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/07/28/actualidad/1311804005_850215.html)



**Informar a la justicia y perder el contacto con la mujer, y por tanto, la posibilidad de ayudarla:** Informar contra la voluntad de la mujer puede hacer que rompa la relación terapéutica y la paciente no vuelva a nuestra consulta, como sucede en el caso que proponemos:

*Días después la médica constata que no hay cambios en el propósito de la mujer y ante la situación de vulnerabilidad en los próximos meses y el riesgo para el bebé, habla con ella, le explica cuáles son sus obligaciones como profesional hacia la ley y le dice que hará un informe al juzgado.*

*Maria se cambia de médica y de centro de la salud.*

Al perder el contacto con la mujer se pone en riesgo todo el trabajo realizado con ella. Quizás se conservarán los datos en la historia clínica de la paciente, pero todo aquello que se ha ido creando a través de la relación con el o la profesional puede que se pierda, y también el trabajo hecho con la red asistencial de la que formamos parte. Pero hay dos consecuencias que perjudican especialmente la recuperación de la mujer. En primer lugar al sentir traicionada la confianza con nosotros, será difícil que pueda abordar posteriormente su situación de maltrato. Finalmente, la pérdida del contacto con el sistema sanitario la aboca a un aumento del riesgo, es decir, la hace más vulnerable.

Es necesario reconocer que, en los últimos años, desde el sistema sanitario hemos pasado de la victimización secundaria de cuestionar el relato de la mujer a la victimización secundaria de pasar por encima de lo que ella quiere.

Desde otro punto de vista, la relación es imprescindible para restablecer la autonomía que va quedando más deteriorada cuanto más intensa es la victimización. El hecho de impulsar la toma de decisiones de la mujer sin que esta haya recuperado una auténtica capacidad de decisión (desvictimización), erosiona aún más la autonomía de la mujer en lugar de reforzarla. No tener en cuenta la voluntad de la mujer la perjudica porque el empoderamiento es a la vez la estrategia y la finalidad.

Entonces, apostar por una decisión autónoma equivale a procurar las condiciones necesarias para recuperar la autonomía y trabajar en ello activamente. Esta concepción de la autonomía va más allá del uso restringido

habitual en el ámbito sanitario, ya que incluye la relación y la consideración de proceso como ingredientes esenciales <sup>3</sup>.

Por tanto, no debemos aceptar incondicionalmente cualquier solicitud de no informar a la justicia, ni guiarnos únicamente por si representa un peligro o no para la mujer y los hijos, sino que es necesario considerar a la vez si contribuye a aumentar la cuota de autonomía de la decisión. Como ya sabemos, los procesos de recuperación de la mujer son muy largos y se miden en años. Por ello insistimos en lo que el Documento Operativo de Violencia Machista e Inmigración editado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (5) repite una y otra vez, incluso en caso de violencia grave: *“Evitar actuaciones precipitadas. El reconocimiento de situaciones de violencia machista por parte de la mujer puede comportar cierto tiempo, y resulta especialmente importante respetar este tiempo para el proceso vital de la mujer. En algunos momentos, la mujer se puede mostrar poco perceptiva o permeable, así que realizar actuaciones de forma apresurada y sin su consentimiento podría ser contraproducente y debilitar o romper el vínculo de confianza establecido”*.

*La médica, después de valorar el riesgo, acepta aplazar la denuncia, con el compromiso de que la paciente mantenga el contacto, con la intención de que se clarifique su objetivo y encuentre las herramientas necesarias para llevarlo a cabo: Proteger al bebé, conseguir independencia económica, vivienda segura, denunciar, separarse ,...*

**No informar a la justicia y dejar a la mujer y sus criaturas en manos del agresor:** La denuncia hace posible que la justicia actúe contra el agresor y a favor de la mujer y de sus hijos e hijas. Este es el argumento que sostiene la obligatoriedad moral y legal de informar. No es suficiente estar atentos al aspecto asistencial, por ejemplo a unas lesiones sospechosas u otras presentaciones del maltrato en ausencia de signos físicos, también es necesario tener presente que nuestra comunicación a la justicia puede parar al agresor.

---

<sup>3</sup> Hablamos también de la asistencia como proceso en el capítulo de este mismo documento “Cuando el maltratador y víctima son pacientes de la misma consulta”. La idea de proceso está implícita en los modelos interpretativo y deliberativo de la relación profesional-paciente propuestos por Emanuel EJ i Emanuel LI. en 1992. (4)

**No comunicarlo a la justicia y reforzar la invisibilidad de la mujer, más si es inmigrante:** El maltrato a la mujer se ampara en un concepto de intimidad que opone lo público a lo privado. De esta manera las relaciones intrafamiliares quedan a resguardo de la intromisión pública, tanto si son funcionales como disfuncionales, tanto si se establecen por acuerdo como si lo hacen por imposición. Esto ha provocado que las relaciones de pareja basadas en la sumisión de la mujer se consideraran una cuestión privada.

Ya hace unas cuantas décadas que el feminismo afirmó que “lo personal es político”. Desde entonces y siguiendo esta dirección, hemos ido cambiando la mirada y hemos aprendido que la desigualdad estructural en la relación de pareja hace a la mujer muy vulnerable al abuso, que es necesario acotar el alcance de la intimidad para que no se vuelva contra la mujer. En nombre de la intimidad no se puede poner en entredicho la libertad de la mujer o su integridad física o psicológica. Por lo tanto, hay que trabajar para que el hogar sea, además de un amparo para la intimidad, un lugar siempre seguro para la mujer. Apuntamos – como decimos en el anexo 2 de este mismo documento: “El posicionamiento personal en relación a la violencia: la violencia estructural” - que hay que modificar la estructura de las relaciones para montarlas con un código que no incluya la violencia.

En el caso de la mujer inmigrante y, en general, cuando se den situaciones desfavorables que aumenten la dependencia y la vulnerabilidad, hay varios factores que se influenciarán entre sí para reforzar su invisibilidad: La dependencia económica, las pocas posibilidades de contacto con el exterior (por la monopolización del teléfono por parte del marido, por la restricción de los desplazamientos fuera del domicilio), las escasas relaciones sociales y familiares a las que tiene acceso, el menor conocimiento de la lengua respecto del marido según la procedencia de la pareja, valores asociados a la cultura de origen que no siempre encuentran equivalente en los de la cultura receptora (asociados a la maternidad, jerarquía, estructura de la familia, fidelidades entre el grupo de origen, ...). Además, todos estos factores pueden dificultar la comprensión y el manejo de la situación de violencia y así limitar nuestra eficacia.

El comunicado a la justicia, que permite hacer socialmente visible la violencia en la relación, puede ser especialmente beneficente en el contexto de la inmigración.

## 2. Miedo de lo que nos pueda pasar a nosotros

Hasta aquí los riesgos que comporta para la mujer el hecho de informar a la justicia cuando la mujer nos pide no hacerlo. Pero a nosotros, profesionales, ¿qué nos da miedo que nos pase?

**Que se nos acuse de no haber informado:** No informar es arriesgado. Si se produce una agresión después de haber decidido abstenernos de informar, se nos podrían pedir responsabilidades legales. Pero nosotros habremos tomado la decisión porque nos ha parecido que el beneficio que prevemos para la paciente era suficiente para correr el riesgo. En realidad estamos constantemente haciendo valoraciones de este tipo en nuestro trabajo: Cuando atendemos a pacientes con astenia o con parestesias o con un dolor torácico, las decisiones resultantes son probablemente correctas o probablemente incorrectas, no tenemos certezas. Por lo tanto, las dificultades en la valoración del riesgo, son las dificultades de establecer un pronóstico.

Por eso es imprescindible explicar y justificar nuestras decisiones en la historia clínica, especialmente si hemos decidido no informar a la justicia o bien hemos aplazado el comunicado porque creemos que no tiene sentido desde el punto de vista asistencial (1). Entendemos como asistencia todo el proceso de ayuda que el o la profesional establece con la mujer.

Por otra parte, el comunicado de lesiones que se sigue de una agresión a la mujer, aunque se haya hecho después de una valoración adecuada y de la oportuna reflexión, hace que nos preguntemos si lo hemos hecho bien, si hicimos lo mejor para la paciente. Haber actuado conforme a la ley no nos exime de responsabilidad moral. Las reflexiones anteriores sobre la dificultad del pronóstico y el riesgo que comporta nos parecen igualmente pertinentes.

**El miedo de vernos involucrados en un juicio:** Imaginar vernos inmersos en un proceso judicial y todo lo que comporta (declarar, la posibilidad de enfrentarnos al agresor, que se cuestione nuestra actuación,...) puede ser un estorbo para comunicar o informar. A pesar de esto, el miedo a los procedimientos judiciales no justifica nuestra inhibición.

**El miedo al maltratador:** A pesar de que la mayoría de hombres que maltratan sólo son violentos en las relaciones familiares, algunos de ellos también lo son en otras relaciones sociales. La relación profesional con el maltratador puede ser difícil, en particular cuando, tratándose de la consulta de una médica, el maltratador adopta formas de relación machista hacia ella. En el extremo, no son una rareza las amenazas dirigidas al personal asistencial, tanto femenino como masculino, por parte del hombre que maltrata. Nuestro nombre figura en informes, en comunicados de lesiones, etc. que la víctima usará contra el agresor si hay juicio y que este, tarde o temprano, conocerá. Y además se da la circunstancia de que a menudo somos a la vez médicas o médicos de la víctima y del maltratador. Por otra parte, en los ámbitos sanitario, de trabajo social, etc. a menudo no se cuenta con medidas de seguridad suficientes.

## MÁS ALLÁ DEL CONFLICTO: EL PROCESO, EL AUMENTO DE LA RELACIÓN ENTRE INSTITUCIONES Y LA INVESTIGACIÓN

El conflicto que hemos mencionado anteriormente, que es necesario informar pero tenemos argumentos para no hacerlo, planteado de forma dicotómica como lo hemos hecho hasta ahora, puede ser útil para el análisis o con finalidad didáctica, pero no nos permite ir más allá. Además, y de hecho como pasa a menudo con los argumentos polarizados, se jerarquizan: la ley acaba teniendo casi todo el protagonismo y deja a la asistencia desvalida en sus argumentos, que parecen de un valor inferior. En el Anexo 1 se trata esta cuestión dentro del análisis de los motivos por los cuales el nivel asistencial y el jurídico entran en conflicto.

Por eso proponemos ampliar la mirada del problema mencionado, salir de la dicotomía y de las posiciones enfrentadas e iniciar la idea de proceso.

### 1. La idea de proceso

**Fundamentos.** La ley nos obliga a comunicar las situaciones de violencia pero también a atender a la mujer: A veces el tiempo de la asistencia y el de la ley no son el mismo y tenemos que cumplir con los dos.

El documento operativo ya mencionado (5) advierte del riesgo de tomar decisiones apresuradas. Y lo hace reiteradamente en cada una de las opciones, remarcando así que es necesario respetar el tiempo de la asistencia y el tiempo de

la mujer. El Código Deontológico del CCMC del 2005, mencionado anteriormente, se mueve en sintonía con la idea de proceso al decir que el deber de denunciar se tiene que cumplir *"una vez que se asegure en la medida de lo posible la protección de la víctima"* (2).

Las y los profesionales de diferentes niveles y recursos asistenciales que optan mayoritariamente por la cautela en la información a la justicia sin el consentimiento de la mujer, no lo hacen habitualmente movidos por el miedo sino desde la experiencia profesional.

**El tiempo.** La ley dice que debemos comunicar las situaciones de violencia de género, pero – excepto en la presencia de lesiones- no precisa cuándo. Y dado que en la misma ley se nos pide que no dejemos de asistir a la víctima, es necesario entender que iniciamos un proceso en que los objetivos serán diversos: algunos de tipo clínico, otros de tipo social, otros jurídicos, otros asistenciales. Cumplir los objetivos necesitará tiempo y un proyecto: un proceso.

La responsabilidad con la ley y con la atención a las mujeres en situación de violencia no se mide por una única decisión tomada de manera heroica, solitaria y urgente. Son muchos actos clínicos y asistenciales sumados los que perfilan la responsabilidad del médico o de la médica hacia la violencia de género.

Cuando decimos que la responsabilidad hacia la justicia es un proceso, no queremos reducir esta responsabilidad, tampoco exactamente aumentarla, sino hacerla más ajustada a la realidad de nuestro trabajo y de nuestra relación de ayuda.

Muchos procesos médicos son multidisciplinarios. Debemos al modelo biopsicosocial el hecho de tener presente esta realidad de manera más cotidiana. Ahora bien, si hay una realidad emblemática de la necesidad de interdisciplinariedad esta es la violencia de género. Se ha insistido en la necesidad de compartir información, delimitar responsabilidades, coordinar tratamientos... También la justicia agradece informes multidisciplinarios que permitan una mirada amplia sobre el problema. Pero nada de todo esto es fácil ni rápido. El trabajo en equipo requiere tiempo y dedicación.

Hay que recordar que debemos poner mucho cuidado en evitar que los diferentes servicios y recursos para la asistencia a mujeres en situación de violencia se conviertan en lugares donde “centrifuguemos” a la mujer: El trabajo en red debe significar que los diferentes agentes actúan de forma coordinada y no – como a veces las mujeres en situación de violencia se quejan- que la mujer haga un peregrinaje por toda la red asistencial.

*La médica se pone en contacto con la ginecóloga y con la trabajadora social con el acuerdo de Maria, para estar atentos al riesgo de embarazo, a la aparición de nuevas agresiones y a la mejora de las faltas de apoyo social. Desde Trabajo Social se le ofrecen recursos específicos para mujeres en situación de maltrato.*

**Aceleradores del proceso.** La toma de decisiones razonadas y compartidas requiere tiempo, pero hay circunstancias que pueden obligar a tomar decisiones rápidas. Son lo que denominamos aceleradores del proceso. Estas circunstancias pueden tener relación con la mujer, el momento de la violencia, el agresor, las personas que rodean a la mujer y también con el propio recurso asistencial.

**Tabla 1: Aceleradores del proceso de decisión**

**Aislamiento social:** Todas las circunstancias que se asocian a aislamiento social aumentan el peligro de violencia grave.

**Alguna incapacidad mental en la mujer** que la haga incapaz de valorar o informar de la gravedad de la situación (habrá que valorar la competencia de la paciente).

**Maltrato con victimización muy importante** en la que hay gran dificultad en identificar la violencia grave por parte de la mujer.

**Información procedente de otras instituciones** que aporten datos de gravedad (servicios sociales, escolares otros servicios de salud,...).

**Atención en Servicios de Urgencias:** El riesgo/beneficio en estos dispositivos asistenciales se decanta hacia comunicar sin demora dado que no suelen tener posibilidades de realizar el seguimiento.

**La presencia de menores u otras personas dependientes en riesgo.** Los datos de mortalidad en violencia de género<sup>a</sup> nos recuerdan que, desgraciadamente a menudo, los asesinatos de las mujeres se acompañan de asesinatos de hijos e hijas y otros convivientes.

**Las que así lo parezcan después de una valoración clínica.** (Valoración del riesgo desfavorable, aumento de la patología relacionada o de su gravedad, etc. Indicadores de peligro. La evaluación del peligro en la consulta es una tarea de gran importancia. Hay indicadores recogidos en diferentes textos<sup>b</sup> que permiten evaluar el peligro de la situación que estamos atendiendo.

(a) Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, Femicidios de pareja: Disponible en: <http://www.centroreinasofia.es/femicidios.asp>

(b) Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: [http://www.sergas.es/Docs/muller/protocoloComun\\_violenciagenero.pdf](http://www.sergas.es/Docs/muller/protocoloComun_violenciagenero.pdf)

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2009. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Violencia\\_i\\_maltractaments/pdf/abordatge.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Violencia_i_maltractaments/pdf/abordatge.pdf)

Álvarez Freijo M, Andrés-Pueyo A, Augé Gomà M, et al. Circuit Barcelona contra la violència vers les dones. RVD-BCN: protocol de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella. Barcelona: Circuit Barcelona contra la violència vers les dones; 2011. Disponible en: <http://w3.bcn.cat/fitxers/dona/rvdbcncatalaperinternetdefinitiu8febrer20121.421.pdf>

La idea de proceso que se propone aquí no va, ni mucho menos, en contra de la información a la justicia, va en contra de informar de manera apresurada sin conseguir el acuerdo de la mujer y arriesgando el trabajo asistencial. Responder ante la justicia y a la vez continuar atendiendo a la mujer deben ser realidades posibles en la asistencia.

*Días después la médica constata que no hay cambios en el propósito de la mujer y ante la situación de vulnerabilidad en los próximos meses y el riesgo para el bebé, habla con ella, le explica cuáles son sus obligaciones como profesional hacia la ley y le dice que realizará un informe para el juzgado.*

*Maria se cambia de médica y de centro de salud.*

## 2. Propuestas de futuro

**Aumentar los espacios de relación entre instituciones.** Las instituciones a menudo son endogámicas. La falta de relación con los demás hace que los vivamos con distancia, que fácilmente se convierte en hostilidad. La falta de comprensión de sus disciplinas y procedimientos puede hacer que nos sintamos solos en nuestra verdad más conocida y segura, en nuestros lenguajes –a menudo crípticos- específicos.

Necesitamos espacios de relación con las diferentes instancias judiciales (magistratura, fiscalía, oficina de atención a la víctima, responsables de



instituciones penitenciarias) para establecer diálogos en los que pueda fructificar más allá de la información, la comprensión. Más allá de la dificultad, la búsqueda en común de soluciones.

También necesitamos circuitos establecidos y *feed-back* con la fiscalía y en general con la judicatura para saber qué ha pasado con nuestros pacientes, para conocer las ordenes de alejamiento que nos afectan, y para esclarecer qué circuitos son más efectivos para hacer llegar la información a la justicia, entre otros.

Es cierto que a menudo son las personas particulares las que son capaces de salir de su ámbito particular y es necesario reconocer el esfuerzo de algunos profesionales de la justicia para acercarse a la realidad asistencial, pero hay también una gran responsabilidad institucional en hacer posibles y atractivos, profesionalmente hablando, estos encuentros. Es necesario reconocer asimismo, que hasta ahora los circuitos y protocolos no han podido propiciar un diálogo eficaz entre profesionales.

**Investigación.** Nos falta mucho conocimiento. Hay pocos datos que avalen qué tipo de intervención o qué profesional o qué estrategias son más eficientes en la protección de la mujer y las personas que dependen de ella. Este tipo de investigación muestra dificultades que no pueden ser analizadas en este texto, pero a pesar de las dificultades resulta imprescindible para predecir y evaluar nuestro trabajo. No sabemos si los casos comunicados a la justicia difieren de los que no se comunican, si el resultado jurídico y médico es comparable en un grupo y otro, si hay servicios o modalidades de atención que resultan muy diferentes al adoptar unas medidas u otras. En resumen falta un análisis de las variables relacionadas con el comunicado a la justicia y de las consecuencias a corto, medio y largo plazo.

## II. CUANDO MALTRATADOR Y VÍCTIMA SON PACIENTES DE LA MISMA CONSULTA

En los inicios de la elaboración de este capítulo se nos hizo notar que las dificultades derivadas de la atención a la víctima y al agresor en la misma consulta las centrábamos sólo en el agresor y excluíamos a la víctima. Es decir, que la mujer salía del enfoque<sup>4</sup>. Por otra parte, la atención al hombre que maltrata aún está poco desarrollada. Tan poco desarrollada que podríamos decir que al maltratador lo consideramos al margen de la actividad asistencial, ya que siempre hacemos el abordaje de la mujer. Estamos, pues, en tensión entre el riesgo de invisibilizar a la mujer si queda fuera de escena al hacer entrar al hombre, y el riesgo de revictimizarla si consideramos asistencialmente intocable al hombre. Cómo incluir la atención al agresor en nuestra mirada asistencial, sin por eso revictimizar a la mujer, es uno de los retos de este documento.

### CASO CLÍNICO:

*Rosa es una mujer de 59 años, atendida en la consulta desde hace 15 años, casada, con 2 hijos y una hija entre 20 y 30 años, que aún viven en casa. Trabaja en la limpieza. Entre sus antecedentes médicos destacamos migraña y artrosis de cadera. Su marido, Arturo, es un hombre de 61 años que trabaja de taxista, exfumador, con antecedentes de HTA, obesidad y consumo excesivo de alcohol.*

*En una visita a solas con su médica, Rosa consulta por sequedad vaginal y dice que, en realidad, “no quiere tener relaciones sexuales”. Habla confidencialmente de su marido, hombre con adicción al juego (“hace un año gastó los ahorros que ella había guardado y los hijos y la familia se enteraron”) y promiscuidad sexual ya “desde el primer embarazo”. Lo define como un hombre sucio y descuidado, pero “muy trabajador y buen padre”. Siente rabia, soledad y asco, pero también pena por su marido, a quien no se plantea abandonar. La médica identifica maltrato psicológico, sexual y económico por parte del marido, pero se da cuenta de que a Rosa le cuesta identificar el abuso; también detecta mucho sufrimiento emocional por parte de la paciente y riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual, y habla con ella de todo*

---

<sup>4</sup> Agradecemos a Beatriu Macià este comentario que tanto nos ha ayudado a encontrar un punto de vista adecuado desde el que elaborar no sólo el capítulo sino todo el documento.

esto. Más tarde, revisa la historia de Rosa y constata ansiedad, que había relacionado con el trabajo; y una consulta por sangrado perineal 6 años antes, con heridas en introito vaginal, y derivación a ginecología (la paciente negaba relaciones sexuales en los 15 días previos).

Un mes más tarde, Arturo consulta por disfunción eréctil y pregunta si puede tomar Viagra® (sildenafil). Ante esta consulta la médica se siente en un conflicto de lealtades, tiene miedo de que aumente el abuso y el riesgo de la mujer, y duda de cómo utilizar la información que tiene en beneficio de los dos, guardando la confidencialidad debida a los dos. Finalmente, le receta sildenafil y habla de los cambios en las relaciones sexuales con el tiempo y de la importancia de valorar también el deseo de la mujer.

Dos meses más tarde, en una visita con Rosa por otro motivo, vuelve a hablar con ella de la relación con su marido. La paciente parece consciente del abuso económico y sexual, asegura utilizar preservativo en las relaciones sexuales y niega maltrato físico; hablan de la sensación de culpabilidad por la falta de deseo y de la ansiedad. La médica intenta hacerle ver las implicaciones de ser médica a la vez de ella y de su marido e insiste en la preservación de la confidencialidad y en el propósito de actuar en beneficio de ambos.

## INTRODUCCIÓN

En la práctica de la medicina de familia es muy común tener información de la esfera biopsicosocial de diferentes miembros de una familia. A menudo, eso representa una ventaja y ayuda a atender mejor a los diferentes miembros. A veces, como en el ejemplo que proponemos, la médica dispone de una información que genera emociones que pueden dificultar la toma de decisiones.

En el caso que presentamos la profesional puede tener dudas sobre la idoneidad de prescribir sildenafil que se podrían resumir diciendo:

- Hacerle la receta, ¿contribuirá a perjudicar a su mujer, a facilitar una agresión sexual o a un aumento del riesgo de enfermedad de transmisión sexual?
- No hacerle la receta, ¿puede perjudicar al paciente? La información que nos ha dado la mujer es confidencial: ¿Cómo le argumentamos, pues, nuestras dudas al maltratador?

Hemos planteado un conflicto ético muy concreto - le hago o no le hago la receta - pero este es sólo un aspecto entre todas las dificultades que pueden

aparecer al asistir en la misma consulta a la víctima y al hombre que la maltrata. Para abordar estos conflictos utilizaremos el siguiente esquema:

1. Reconsiderar la relación profesional-paciente.
2. El recurso a los principios éticos.
3. La asistencia como proceso. El abordaje del hombre que maltrata.
4. Otros aspectos.

## RECONSIDERAR LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE

Es bien sabido que la empatía es esencial en la relación profesional-paciente. La empatía, en sentido técnico <sup>5</sup>, nos pone situación de comprender y compartir los objetivos vitales del paciente y en este sentido fundamenta, por ejemplo, su autonomía, la actuación guiada por la beneficencia y el respeto al valor de lealtad hacia el paciente.

Ahora bien, empatizar con un hombre que agrede a su pareja no es fácil. En el trato asistencial con el maltratador pueden aparecer sentimientos de rechazo, de disgusto, eventualmente la sensación que de alguna manera traicionamos a la víctima al atenderlo a él, o al menos que sentimos cuestionada nuestra lealtad. Entendemos que considerar a la vez este rechazo y la necesidad profesional de establecer una relación empática con un paciente, sea cual sea, contribuye a situar la dificultad de la atención al hombre que maltrata y a su pareja, en el terreno ético y en el terreno emocional:

La dificultad de empatizar con pacientes que realizan actividades delictivas, especialmente si son contra las personas. Esta dificultad puede impregnar la relación en grado variable y representar un obstáculo en temas relacionados con el maltrato, o bien, condicionar en general la relación profesional hacia el

---

<sup>5</sup> La empatía, en su versión más simple, equivale a "sintonía" y es el significado de uso más corriente entre los profesionales sanitarios no dedicados a la salud mental. Así lo recoge el Diccionario terminológico de las ciencias médicas (6): "Grado de sintonía afectiva con las demás personas y ambiente circundante". Pero en este documento utilizaremos empatía en sentido técnico, según la descripción de C. Rogers (7): "Sentir el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero sin perder nunca la calidad de "como si" – eso es la empatía, y parece esencial en nuestra terapia. Sentir su ira, miedo o confusión como si fuera propia, pero sin que nuestra ira, miedo o confusión se involucren, es la condición que estamos intentando describir."

maltratador. No estamos hablando aquí del miedo al maltratador por parte del médico o la médica, que en ocasiones puede aparecer y que se trata en el capítulo anterior<sup>6</sup>.

La dificultad de empatizar con pacientes que son violentos con otros pacientes de nuestra consulta. Somos médicos o médicas a la vez de quien maltrata y de quien recibe el maltrato y, por tanto, es muy difícil mantenernos cercanos simultáneamente al agresor y a la agredida, atenderles y comprenderles sin abandonar a ninguno de los dos.

Estas dificultades aparecen también en varias formas de violencia familiar como la violencia contra el niño o el adolescente y la violencia hacia las personas mayores. A pesar que puede presentarse también en otros ámbitos asistenciales, como en los Centros de atención a las drogodependencias, nos parece una dificultad muy patente en la atención primaria.

**El deber de confidencialidad** hace que no podamos poner encima de la mesa el núcleo de la cuestión, es decir, que tenemos información referente al paciente que él no nos ha dado y de la que no podemos hablar con él, porque la información proviene de su pareja que también es paciente nuestra. Si habláramos de ello con el agresor vulneraríamos la confidencialidad de la información de la mujer maltratada, y además, sabemos que este hecho podría desencadenar una agresión. Sería por tanto una actuación maleficiente.

Por parte del agresor, en caso de que pensáramos en no acceder a la demanda que nos hace, no le podemos justificar nuestras decisiones, que parecerían arbitrarias. Menospreciaríamos la autonomía y – por el hecho de no tratarlo como a cualquier otro paciente a quien le daríamos información clara y comprensible de una negativa - también la justicia.

**La posibilidad de cambiar de médico al agresor.** A pesar de la firme obligación de no abandonar al paciente(8), la situación se puede hacer insostenible desde el punto vista profesional. Hay, entonces, la posibilidad de solicitar que el

---

<sup>6</sup> Hemos mencionado el miedo al maltratador por parte del personal sanitario en el capítulo “Qué hay que hacer cuando la mujer no quiere denunciar”, dentro del apartado “Miedo de lo que nos pueda pasar a nosotros”.

agresor sea atendido por otro profesional. La decisión del cambio originada en el propio profesional y que no depende de una orden de alejamiento podría plantearse si el o la profesional se viera incapaz de prestar una atención adecuada a alguno de los miembros de la pareja o bien si la atención a los miembros de la pareja pudiera perjudicar a alguno de ambos.

Hay que hacer todo lo posible para que la decisión no perjudique al agresor.

Hay que hacer todo lo posible para que la mujer agredida pueda decidir si sigue siendo atendida por la misma persona que atiende a su pareja, en caso contrario también se le facilitaría un cambio de profesional.

Finalmente habrá que reflexionar sobre el hecho de que la violencia machista dentro de la pareja no se entiende bien si se considera como cualquier otro delito donde el agresor y la víctima muchas veces no tienen una relación personal y menos aún una relación íntima. En el caso de la violencia de género, la pareja comparte la violencia pero también muchas otras cosas: casa, hijos e hijas, proyectos vitales, también médico o médica, y todo esto sigue vigente mientras sucede la situación de maltrato.

## EL RECURSO A LOS PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios éticos aplicados a la prescripción de sildenafil a un hombre que maltrata a su mujer, tienen la siguiente expresión esquemática:

**Tabla 2 :** Efectos de la prescripción de sildenafil en relación a los diferentes principios éticos según si se trata del hombre que maltrata o de la mujer maltratada

	Del maltratador	De la víctima
<b>Sobre la Autonomía</b>	<b>Positivo:</b> Favorece que el paciente pueda decidir con conocimiento de causa y sin coerción cómo mejorar su rendimiento sexual.	<b>Negativo:</b> <i>¿Podría haber imposición de las relaciones sexuales por el uso del fármaco?</i>

<b>Sobre la Beneficencia</b>	<b>Positivo:</b> Favorece que el paciente pueda disfrutar de unas relaciones sexuales satisfactorias.	<b>Negativo*:</b> <i>¿Podría ser que las relaciones sexuales se volvieran menos satisfactorias para la mujer?</i>
<b>Sobre la No maleficencia</b>	<b>Positivo:</b> Contribuye a evitar los perjuicios de una disfunción sexual reiterada.	<b>Negativo**:</b> <i>¿Podría contribuir a la aparición de perjuicios físicos y psíquicos por unas relaciones que sabemos no deseadas?</i>
<b>Sobre la Justicia</b>	<b>Positivo:</b> Trata al agresor como a otro paciente en la misma situación.	<i>Dado que este principio protege también los derechos de terceros, es el único que permite tener en cuenta el interés de la mujer a la hora de prescribir a su pareja.</i>

\* Hay que tener en cuenta que las relaciones sexuales en un contexto de violencia pueden ser instrumento de maltrato.

\*\* Los efectos sobre la víctima son suposiciones que crean conflicto en el profesional pero sobre los que no tenemos ninguna certeza (por ejemplo, no sabemos con quién utilizará el sildenafil). Por ello, la valoración del riesgo de agresión habría de resultar muy desfavorable para que se diera entrada a este principio y, entonces, habría que considerar también la conveniencia de un informe dirigido al juez.

## LA ASISTENCIA COMO PROCESO. EL ABORDAJE DEL HOMBRE QUE MALTRATA

Desde la medicina de familia, hasta ahora, no se había contemplado la atención del hombre que maltrata y, además es poco frecuente que el paciente que maltrata reconozca el maltrato que ejerce. Ahora bien, cada vez más, encontramos que algunos hombres, bien inducidos por ellos mismos o bien por sus mujeres, piden ayuda de manera implícita y difusa (a propósito de nerviosismo, de discusiones, etc.) por un malestar que está relacionado con la violencia que ejercen sobre la pareja<sup>7</sup>.

En relación a cómo establecer una relación empática con el hombre que maltrata, en el ANEXO 2 hacemos una propuesta basada en el carácter estructural de la violencia.

<sup>7</sup> Geldschläger H, Ginés, O . Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. FMC. 2013;20(2):89-99.

Abordar al hombre<sup>8</sup>, no eludir el problema, "tirar del hilo", hablar con él, indagar en la demanda para ver hacia donde va dirigida y para hacer de su relato la detección de si está ejerciendo violencia es, hoy por hoy, un reto que desde la asistencia primaria cada vez es más necesario recoger. Todo esto, siendo conscientes de nuestras limitaciones y capacitación en la relación de ayuda al hombre que maltrata, para tratarlo y/o derivarlo a recursos especializados.

En este terreno y dentro del marco de la reflexión sobre la necesidad del abordaje del hombre que maltrata, hay que considerar las iniciativas dirigidas al hecho de que el maltratador cuestione su posición ("los derechos que yo tengo los niego a mi pareja"), o al menos a no consolidarla. Y hacerlo sin haber traicionado la confianza de la víctima y sin ponerla a ella misma en peligro.

Reconocer la violencia de la que uno es actor sabemos que no es fácil. Hay que aprovechar las consultas médicas por otros motivos, así como el malestar que hemos descrito anteriormente, para plantear una atención a lo largo del tiempo. Es posible que el paciente insista en las dificultades inmediatas que motivan la demanda y, por tanto, que el intento del médico o de la médica para desmarcarse de la demanda inmediata estricta quede en nada. Por eso, hay que insistir en la detección sin miedo, como se hizo inicialmente en la detección de la mujer que sufre maltrato, con la misma persistencia y la misma delicadeza y son necesarios, finalmente, estudios que avalen la eficacia de esta apuesta.

## OTROS ASPECTOS

### **Cuando las órdenes de alejamiento implican a los centros de salud.**

Cuando se ha dictado una orden de alejamiento las Administraciones deben hacer lo posible para que el alejamiento sea eficaz. Puede darse el caso de que el centro de salud se encuentre dentro del perímetro establecido y, por tanto, que el agresor pueda acercarse a la víctima yendo al centro que él tiene

---

<sup>8</sup> La necesidad de enfocar al hombre agresor para así dejar de hablar "del problema de la mujer que sufre violencia", a pesar de que no hay ninguna referencia a cuestiones sanitarias, se encuentra en Montero Gómez A. Reenfocar la antiviolencia de género. El Correo: 18 de Julio 2007; opinión. Disponible en: [http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1188469885\\_antiviolenciadegenere.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1188469885_antiviolenciadegenere.pdf)



asignado. En este caso hay que asignarle de oficio otro centro de salud.<sup>9</sup> Pero se respetará la elección del agresor si escoge uno que se encuentre fuera de la distancia de alejamiento establecida. Si el usuario aparece en el centro se le debe atender sólo si se trata de una urgencia, en caso contrario es conveniente llamar a los cuerpos policiales pertinentes (Mossos d'Esquadra en el caso de Catalunya).

Hay otras situaciones que no están resueltas: si el hombre que maltrata es padre de menores que él debe acompañar a una visita médica al centro de salud correspondiente, su deber como padre entra en conflicto con la obediencia a la sentencia judicial y no corresponde al centro de salud decidir cuál de los dos deberes tiene prioridad. Hay que señalar además, que el centro de salud suele enterarse de la existencia de una orden de alejamiento de manera casual a menudo gracias a la víctima o a su entorno.

**Dificultades en el registro de la condición de agresor.** Este punto se trata en el apartado "Problemas derivados de los registros cruzados entre las historias clínicas de la víctima, el agresor, los hijos e hijas, y otros convivientes" del capítulo "Violencia de género: La necesidad de los registros, la dificultad de los registros".

---

<sup>9</sup> Según una consulta realizada a los servicios jurídicos del Institut Català de la Salut (4 de diciembre de 2009).

### III. VIOLENCIA DE GÉNERO: LA NECESIDAD DE LOS REGISTROS, LA DIFICULTAD DE LOS REGISTROS

#### CASO CLÍNICO:

*Paula, de 32 años, va a la consulta de su médica de familia. Inicia su relato con dolencias relativas al insomnio y al cansancio que atribuye a su trabajo de secretaria de dirección. Durante la entrevista aparece una separación reciente de una relación con violencia psíquica que continua a pesar de no vivir juntos: la expareja la amenaza con quitarle el hijo, hacerle daño a ella, hay descalificaciones constantes, negativa a las responsabilidades económicas relativas a la criatura, etc. Acaba la visita con un acuerdo de que esta situación está detrás de los síntomas y que a lo mejor no será necesario ni fármacos ni derivaciones. La profesional informa a la mujer de los recursos que la pueden ayudar y que, en parte, la paciente ya conoce.*

*Dos años después la paciente vuelve a la consulta acompañada de un hombre. Durante la entrevista la médica observa cómo la mujer mira con sorpresa y posteriormente con preocupación la pantalla del ordenador. El condicionante de salud de maltrato psíquico está en el listado de condicionantes y problemas de manera bien visible. El hombre también mira la pantalla.*

*La médica pasa por un momento de inquietud, ya que no sabe si el acompañante es o no maltratador. La paciente pregunta de manera clara porque consta esta información allí. Se le explica los motivos que hacen importante el registro de los problemas de salud. Lo entiende pero pide que aquella información no sea tan visible.*

*El hombre, que es la nueva pareja, escucha con sorpresa la entrevista.*

#### INTRODUCCIÓN

En este capítulo trataremos del registro de todo aquello que hace referencia a la víctima ya que sólo estamos en los comienzos del abordaje del hombre que maltrata.

En el ámbito sanitario se suele hablar del maltrato como de un diagnóstico. Considerarlo así facilita su registro y visibiliza el hecho y a la mujer que lo sufre. Pero el maltrato, a pesar de que puede producir síntomas, sufrimiento intenso y, finalmente puede enfermar a la mujer, no es propiamente una enfermedad. Hablar del maltrato como de un diagnóstico convierte a la mujer que sufre maltrato en una enferma. Esto es medicalizar el sufrimiento y, en el caso de la violencia de género, es una

forma de victimización. Por eso, hemos procurado hablar de maltrato como un condicionante de salud.

También se ha argumentado que sería más adecuado registrar las consecuencias para la salud que el condicionante de salud: registraríamos depresión mayor o intestino irritable, por ejemplo, en lugar de registrar maltrato. Pero haciéndolo de esta manera, por un lado, queda invisibilizada una situación que afecta a la salud de la mujer y, por otra, dificulta la comprensión de sufrimientos y patologías que tienen un mismo origen y que no siempre parecen relacionadas. Es por estos motivos y también por las repercusiones legales y administrativas que afectarían a la mujer, por lo que algunos sistemas de codificación recomiendan poner el maltrato como condicionante de salud principal, como detallamos en el apartado “Sobre la codificación del condicionante de salud de maltrato”, en este mismo capítulo.

En cuanto a los datos sanitarios, se consideran en su conjunto datos sensibles. Pero hay determinada información sanitaria que si pierde la calidad de confidencial perjudicará especialmente a la persona que es titular de ella. Son ejemplos de ello las enfermedades de transmisión sexual y, señaladamente, el sida; también las enfermedades psiquiátricas, determinados hábitos tóxicos, y otros. Es el caso también del maltrato a la mujer. Estos problemas de salud tienen en común:

- Que contienen aspectos de la intimidad más delicados aún que la mayoría de datos sanitarios.
- Que, de formas y en grados diversos, pueden afectar a terceras personas.
- Que la vulneración de la confidencialidad en la manipulación de los datos puede comportar distintos grados de estigmatización.

Estas consecuencias deben tenerse en cuenta cuando la información se registra en la historia clínica y cuando se trasmite a otros profesionales sanitarios o no. No se trata de bajar la guardia cuando no se trata de un problema de salud que pueda estigmatizar, sino considerar la posibilidad de estigmatización como una alerta que, por un lado, nos haga aumentar las precauciones y, por otro, nos haga compartir la cuestión con la paciente, como comentaremos más adelante.

En cuanto al condicionante de salud de maltrato la importancia específica de debatir cuándo, cómo y dónde se registra proviene en buena parte del hecho de que se trata de un condicionante asociado a un delito y que este delito se hace visible por las repercusiones sobre la salud de la mujer que lo sufre. El registro de este condicionante de salud puede afectar a la seguridad de la mujer, porque depende de cómo se haga puede llegar a conocimiento del maltratador y facilitar, agravar o desencadenar por sí mismo una agresión<sup>10</sup>.

Por otra parte, es un delito que se comete en el ámbito familiar, donde a menudo sus miembros comparten la información referente a la salud. Es más, en nuestro medio, tanto profesional como socialmente, se considera “normal” compartir esta información dentro de la familia, a diferencia de lo que pasa en otros entornos culturales.

El problema de la confidencialidad en relación al maltrato se inscribe en un ambiente de poco cuidado hacia la confidencialidad de la información sanitaria en general. Estos y otros temas comunes se han tratado ya en los siguientes documentos del Grupo de Ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC):

- *Datos clínicos en la era electrónica.* (9)
- *Confidencialidad: El derecho a la intimidad.* (10)
- *La autonomía, el derecho a decidir.* (11)

Y también en el documento del Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: *Informatización y confidencialidad de la historia clínica.* (12)

Hemos agrupado los aspectos específicos de los registros en cinco ejes de reflexión:

- 1.- La tensión entre la necesidad de registrar, la visibilidad del condicionante de salud y la confidencialidad de los datos.
- 2.- Dificultades derivadas de los registros cruzados.

---

<sup>10</sup> Hay que recordar que las agresiones aparecen a menudo cuando el hombre que maltrata ha perdido esferas de control, por ejemplo cuando la mujer habla de su situación, cuando consulta por problemas de salud relacionados con el maltrato, cuando denuncia, etc.

3.- La obligatoriedad de compartir información entre administraciones públicas según la legislación catalana.

4.- Todo lo que registramos como maltrato ¿hay que comunicarlo a la justicia?

5.- Los listados de pacientes que sufren maltrato.

## 1. LA TENSIÓN ENTRE LA NECESIDAD DE REGISTRAR, LA VISIBILIDAD DEL CONDICIONANTE DE SALUD Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

El **registro** de lo que tiene lugar en la relación profesional-paciente tiene una importancia fundamental en el proceso asistencial, también en el caso del maltrato. Abstenerse de registrar no equivale a actuar de manera neutral, sino que da ventaja al hombre que maltrata como mínimo desde el punto de vista legal (13), ya que asume que lo que no se registra no existe: no hay registro, no hay maltrato.

Los beneficios del registro en el caso del maltrato han sido ya considerados por otros autores y los enumeramos en la [Tabla 3](#). En cuanto a los inconvenientes, el registro del maltrato participa de las mismas dificultades que tiene el uso del soporte informático en la práctica asistencial en general. Por tanto, la cantidad y el tipo de información que hay que registrar son aspectos relevantes a considerar. En la [Tabla 4](#) hemos recogido los cuatro principios deontológicos específicos para el registro informático de datos sanitarios. Estos se desarrollan en el documento *Informatización y confidencialidad de la historia clínica* mencionado anteriormente (12).

Además, el registro de maltrato comporta unas dificultades y unas consecuencias propias, como veremos más adelante.

**Tabla 3 :**  
Argumentos para un registro cuidadoso del maltrato en la historia clínica

Asegurar la continuidad de la atención.
Facilitar la comunicación entre las diversas personas profesionales que atienden a la mujer.
Valor legal de la historia clínica.
Mejorar nuestra comprensión del impacto de la violencia contra la mujer (creación de nuevo conocimiento).
Los datos recogidos permiten justificar recomendaciones clínicas basadas en la evidencia.
Protección legal del personal sanitario.
Permite obtener datos que justifiquen la inversión en detección, intervención y servicios de soporte.

Modificado de: William J. Rudman. Coding and documentation of domestic violence. Family Violence Prevention Fund, 2000

<http://endabuse.org/userfiles/file/HealthCare/codingpaper.pdf>

**Tabla 4:** Principios deontológicos específicos para el registro informático de datos sanitarios

<b>Principio de sobriedad (pertinencia):</b>
De acuerdo con este principio, los profesionales sanitarios deben limitarse a recoger y registrar lo estrictamente necesario para asegurar una atención médica de calidad.
<b>Principio de transparencia:</b>
Es conveniente actuar correctamente, pero también dejar ver que se está actuando así, (...). Por eso, lo mejor es que el paciente conozca qué tipo de información sobre su persona se ha recogido, así como quién y bajo qué condiciones puede acceder y/o accede.
<b>Principio de responsabilidad:</b>
Por una parte implica que los profesionales deben ser cuidadosos y responsables en el manejo de los datos, teniendo en cuenta las consecuencias que para los pacientes pueden tener pequeños errores u olvidos. Por otra parte, recuerda que el trabajo en equipo no se debe utilizar como excusa para difuminar responsabilidades.
<b>Principio de protección universal:</b>
Hace referencia a que las medidas de seguridad para proteger los datos sanitarios deben aplicarse siempre, en todos los centros y para todos los usuarios (también los profesionales cuando son pacientes, por ejemplo).

Modificado de: Grupo de Trabajo de Bioética de la Semfyc.

Informatización y confidencialidad de la historia clínica. *Aten Primaria*. Julio-Agosto 2004; 34(3): 140-2.

La **visibilidad del condicionante de salud** se refiere a hasta que punto están expuestos los diagnósticos y los condicionantes de salud en soporte informático a las miradas de personas ajenas al proceso asistencial.

Desde el punto de vista de una correcta relación asistencial, con el objetivo de maximizar el beneficio para la paciente y evitar perjudicarla, es necesario que el condicionante de salud sea bien visible. Ahora bien, un condicionante de salud visible tiene los siguientes inconvenientes graves:

- La pantalla del ordenador puede ser visible para los familiares o acompañantes, además de para la paciente.
- Los volantes de derivación, que suelen recorrer numerosos mostradores e irán a parar al domicilio donde está el agresor, pueden contener el condicionante de salud de maltrato innecesariamente.
- Otras especialidades médicas, mediante la historia clínica compartida, pueden acceder al condicionante de salud de maltrato que puede ser irrelevante para la asistencia que tienen que prestar,...

En cuanto a la **confidencialidad de los datos**, el carácter particularmente sensible del condicionante de salud de maltrato hace que surjan dificultades para proteger la intimidad de la paciente y a la vez proporcionar la mejor asistencia posible.

En todo caso, el marco debe ser la actuación como profesionales en beneficio de la paciente, evitando perjudicarla y para todo esto, tener en cuenta lo que ella prefiere. (14)

### 1.1. Sobre el condicionante de salud de maltrato

El maltrato tiene una gradación de intensidades tal que las mismas situaciones se pueden describir de maneras bien distintas. Por ejemplo, allí donde alguien sólo ve actitudes bruscas, o bien tacañería, otro puede ver respectivamente violencia psíquica o control económico. Hay que trabajar a favor de un consenso suficiente que es imprescindible en el terreno de la comunicación entre profesionales, del trabajo en red, y otros.

Nos parece que este tema tiene mucho peso en la reflexión ética sobre el maltrato y, aún más, en la reflexión en general sobre el maltrato (en el aspecto diagnóstico, de clasificación, etc.) porque a menudo no sabemos si hablamos exactamente de lo mismo. No obstante, la dificultad en la precisión diagnóstica es compartida, por ejemplo, con la mayoría de diagnósticos psiquiátricos.

### 1.2. Sobre la decisión de registrar

En la bibliografía consultada se recomienda informar a la mujer del grado de confidencialidad del registro (donde consta, quién lo ve, cómo se utiliza) para que la mujer pueda decidir si quiere que conste o no. También de nuestras obligaciones legales sobre la confidencialidad (listados, historia clínica compartida, documentos para la atención integral a la mujer, etc.). (14,15)

Por nuestra parte, proponemos las siguientes reflexiones:

- Registrar o no registrar el condicionante de salud:

**Registrar:** Con el registro hay posibilidad de perjudicar a la paciente. La vulneración de la confidencialidad es en sí misma un perjuicio aunque no comporte otras consecuencias, ya que se trata de información que pertenece a la intimidad de la paciente. Además, este hecho puede facilitar tanto la estigmatización de la mujer, como una agresión de la pareja.

**No registrar:** Hay la posibilidad de que se rompa la continuidad asistencial, al ser atendida por un profesional diferente del que le



atiende siempre, además de la posibilidad, siempre presente, del olvido de quien la atiende habitualmente.

- Registrar el condicionante de salud precoz o tardíamente:

**Registrar el condicionante de salud al inicio**, está apoyado por el intento de maximizar la beneficencia. No obstante, apresurarnos a incluir un condicionante de salud sin el consentimiento de la paciente justo después de haber detectado el maltrato, puede ser vivido por la paciente como una imposición y, por tanto, convertirse en un instrumento de victimización. Esto puede suceder sobre todo en dos situaciones:

- La paciente sabe que registramos y no comparte la necesidad de registrar.

- La paciente sabe que registramos y no es consciente de la situación de maltrato.

**Esperar a que la relación haya avanzado**, y hacerlo con el acuerdo de la mujer, puede ser aconsejable en base a la autonomía de la paciente.

- La mujer no quiere que la información se registre:

¿Qué pasa si la mujer pide que la información proporcionada no conste en ningún sitio? Por una parte, hay que respetar su autonomía, es decir, hay que respetar hasta donde sea posible las eventuales decisiones del hecho que ella es la titular de la información sanitaria que le concierne. Por otra parte, no incluir el condicionante de salud podría provocar que no recibiera la mejor atención posible e incluso podría ponerla en peligro. Por tanto, habrá que informar a la paciente de manera detallada de las posibles consecuencias, teniendo en cuenta las condiciones que rigen para calibrar la autonomía de una decisión. Estas condiciones son "(...) ausencia de coacción, capacidad para distinguir entre varias acciones posibles, capacidad de elección y aptitud para defender la elección en función de los valores individualmente elegidos." (11)

Si estamos de acuerdo en que la competencia que debe tener la paciente tiene que ser directamente proporcional al riesgo que comporta la decisión que debe tomar, de manera que a mayor riesgo potencial, mayor competencia exigible<sup>11</sup>; habrá que preguntarse si la paciente es competente para tomar una decisión tan grave.<sup>12</sup> Y es que las consecuencias para la seguridad física de la mujer pueden ser importantes. Por ejemplo, si no hay registro en la historia clínica, un futuro informe al juzgado será mucho menos contundente que si lo hay, y ello puede influir en la adopción o no de medidas de alejamiento del agresor por parte del juez.

Es necesario señalar lo difícil que resulta la atención en la consulta de una mujer maltratada, en primer lugar por el poco tiempo disponible en un tema, el del maltrato, que requiere mucho tiempo. Si añadimos la voluntad de que las decisiones se tomen con información suficiente, es inevitable una cierta sensación de asfixia.

También hay que tener en cuenta que en el consentimiento informado se ha producido un cambio perverso, y es que ha pasado de ser el instrumento que hace posible el derecho de la paciente a recibir información para después poder tomar una decisión, a ser una obligación de la paciente para poder recibir un servicio sanitario (típicamente pruebas diagnósticas invasivas o bien operaciones). Este hecho, en el caso del maltrato, es especialmente relevante, ya que convertiría el consentimiento informado en instrumento de victimización de la mujer por parte del sistema sanitario.

---

<sup>11</sup> Esta idea es la que fundamenta la denominada escala móvil de Drane para la valoración de la capacidad. El autor propuso que cuanto más riesgo tuviera la decisión a tomar, más capacidad debería tener la paciente. Así, en decisiones de riesgo bajo (por ejemplo, consentir el tratamiento con antibiótico de una neumonía extrahospitalaria no complicada), es suficiente un mínimo de capacidad. En cambio, ante decisiones de riesgo elevado (renunciar al tratamiento de un nódulo pulmonar solitario, maligno y sin extensión local ni metastásica) se necesita un alto grado de capacidad para poder hablar de decisión autónoma. La escala móvil de Drane se encuentra expuesta y discutida en Simón Lorda, P. El Consentimiento Informado, pag. 289-295. Para los significados de capacidad y competencia, *Ibid.* 277 i ss. (16)

<sup>12</sup> Queremos insistir en que nos referimos a la *competencia* de la paciente en un sentido técnico y la utilizamos como término consagrado por el uso. No menospreciamos la posibilidad de que se utilice de manera impropia como instrumento de discriminación sexista o de victimización, aplicándolo a todas las mujeres que sufren maltrato, o de otras formas.

Una cuestión que aporta un matiz diferente es cómo incluir el condicionante de salud si la mujer manifiesta no sentirse víctima de maltrato. Claro que será necesario sopesar la relación entre Beneficencia-No maleficencia y Autonomía, y si es un problema actual y clínicamente relevante probablemente haya que incluirlo. En cualquier caso, la cuestión no es si se registra o no, sino en qué momento se hace: aplazar la decisión, a pesar de los riesgos, puede ser una opción adecuada como hemos dicho anteriormente. Otra posibilidad es utilizar el apartado de las anotaciones subjetivas.

También hay que tener en cuenta la posibilidad de anotar en el curso clínico que la paciente rehúsa el registro de información personal, sin especificar cuál.

La relevancia del condicionante de salud de maltrato puede variar a lo largo del tiempo en función de diversas circunstancias. Hay que procurar no cronificar un condicionante de salud que quizás ya haya caducado, como el caso del ejemplo. Queda pendiente trabajar por un consenso suficientemente amplio respecto a este tema y especialmente determinar cuándo ha finalizado la violencia y sus consecuencias para la salud.

Finalmente pensamos que todo lo que hemos considerado bajo el título de dificultades en la decisión de registrar, se beneficia de considerar el condicionante de salud no como un hecho puntual, como una decisión que se cumple en un instante determinado, sino como un proceso que se desarrolla el tiempo.

### 1.3. Diferentes posibilidades técnicas para registrar

Debemos tener en cuenta que las hojas de derivación en papel son documentos a extinguir. Y también que la tendencia es hacia la historia clínica compartida, con los graves problemas de confidencialidad que eso comporta: todos los profesionales sanitarios tendrían acceso a todo el contenido de la historia clínica.

Planteamos varias posibilidades:

- Encriptar el condicionante de salud sería una buena solución, ya que evitaría “fugas” incontroladas de información y, por otra parte, todo el equipo puede conocer el código. Claro que si es el único condicionante de salud encriptado, no será necesario leerlo para saber que se trata de maltrato, y así tendría el efecto inverso al que se buscaba.
- Ver toda la información en la pantalla del ordenador y que se encripte en el momento de imprimir (se imprimiría sólo el código numérico del condicionante de salud, pero no el texto, o de cualquier otra forma,...), además podría desencriptarse clicando encima. Tiene el inconveniente de que la encriptación podría perjudicar a alguna mujer si el médico que la atendiera (p. ej. de urgencias) no conociera el código y eso fuera relevante para la atención. En algún caso la encriptación puede no ser suficiente, por ejemplo en mujeres que son profesionales de la sanidad.
- Opción de escoger qué parte de la historia clínica debe permanecer confidencial, preguntándole a la paciente por sus preferencias en el momento de la entrevista clínica.
- Probablemente sea necesario mantener como no accesibles las descripciones, actuaciones, pactos con la mujer ... que no tengan interés fuera de la consulta.

#### 1.4. Sobre la codificación del condicionante de salud de maltrato

En el Anexo 3 se muestran los códigos relacionados con el maltrato a la mujer de las dos clasificaciones más habituales en la atención primaria: la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión y la Clasificación Internacional de la Atención Primaria 2ª revisión. (17,18)

Hay que tener en cuenta que en las guías de codificación desarrolladas por la CIM-9 recomiendan que el maltrato se codifique siempre como el diagnóstico principal de un ingreso o episodio cuando éste tenga relación con él, y todos los demás como diagnósticos secundarios independientemente de su gravedad (19). En la situación actual, esto afecta especialmente a las visitas de urgencias y hospitalarias. Hay que destacar que codificar la violencia como condicionante principal tiene implicaciones:

- al condicionante principal se le atribuye la responsabilidad del ingreso, y que sea por violencia tiene repercusiones asistenciales, científicas, económicas y políticas.
- la investigación científica muy a menudo sólo tiene en cuenta el condicionante principal o primario, y por tanto garantiza la obtención de datos.

## 2. PROBLEMAS DERIVADOS DE LOS REGISTROS CRUZADOS ENTRE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA VÍCTIMA, EL AGRESOR, LOS HIJOS E HIJAS, Y OTROS CONVIVIENTES

En otras publicaciones se ha destacado hasta qué punto son contradictorias las recomendaciones para el registro de la información relativa al maltrato en las historias clínicas de los niños (15). Es importante que en la historia clínica de una criatura conste el maltrato a su madre, pero hay que tener en cuenta que el agresor, si es el padre, podrá acceder a esta información.<sup>13</sup>

El registro de información en la historia clínica del hombre que maltrata también suscita reflexión:

---

<sup>13</sup> Hay que tener presentes los siguientes hechos: Un porcentaje muy importante de hijos e hijas de madres maltratadas sufren violencia directa. Ser testimonio de la violencia hacia la madre tiene consecuencias para la salud del niño. Que conste maltrato a la madre en la historia clínica del niño o niña, puede dar pistas al pediatra sobre la interpretación de su malestar.

- Es discutible que un delito, con o sin sentencia firme, tenga que constar en la historia clínica de un paciente: En los sistemas de codificación utilizados habitualmente no hay código asignado a la condición de maltratador. Además, es un dato que no ha sido transmitido por él mismo.
- La decisión de incluir la etiqueta de maltratador sólo si hay sentencia judicial firme, tal como aconsejan algunos expertos, aunque asegura la legalidad del registro, no resuelve los problemas éticos, ni el de la seguridad de la mujer, ni el de la atención médica no discriminadora hacia el marido<sup>14</sup>.
- A pesar de que el registro de la condición de maltratador puede beneficiar tanto a la víctima (por ejemplo, evitando darle información al agresor) como al hombre que maltrata (alertando sobre la posibilidad de darle ayuda profesional específica), creemos que no son argumentos suficientes como para justificar la conveniencia de registrar<sup>15</sup>.

En último lugar, la reflexión que hemos sobre los niños y niñas se puede aplicar también a otros convivientes, por ejemplo, personas mayores en el mismo domicilio.

### 3. LA OBLIGATORIEDAD DE COMPARTIR INFORMACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS SEGÚN LA LEGISLACIÓN CATALANA

---

<sup>14</sup> Quizás rechazarán la posibilidad, ni que sea remota, de una atención menos cuidadosa aquellos profesionales que crean viable una atención al paciente estrictamente objetiva, sin interferencias emocionales, por ejemplo. Hemos tratado esta cuestión en el apartado “Reconsiderar la relación profesional-paciente” en el capítulo “Cunado maltratador y víctima son pacientes de la misma consulta”.

<sup>15</sup> El hecho de atender el maltrato a través de la víctima genera un desequilibrio entre lo que se espera conocer y lo que hay que hacer en según se trate de la mujer o del hombre: respecto a la mujer, registramos, derivamos, le pedimos que denuncie, le pedimos que comprenda, que acepte la decisión,... pero no hay demandas comparables en el caso del hombre que maltrata. No podemos profundizar en ese aspecto, que podría obligar a modificar todo el texto.

La ley catalana 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, establece en su artículo 78 bajo el epígrafe "Cesión de datos":

*"Las administraciones públicas competentes tiene que cederse mutuamente los datos de carácter personal necesarios, con la finalidad de poder gestionar de una manera adecuada los servicios de la Red de Atención y Recuperación Integral y las prestaciones económicas establecidas por esta ley, y también otras que se establezcan por ley, relacionadas con la violencia machista. A este efecto se debe crear un fichero específico, que ha de ser regulado por reglamento."* (20)

Se habla de ceder mutuamente la información, pero lo que suele pasar es que hay entornos que sobretodo ceden información (por ejemplo, el entorno sanitario) y otros que sobre todo la reciben (por ejemplo, el entorno judicial, o policial). Los flujos de información, pues, son claramente asimétricos y a menudo totalmente unidireccionales.

En el supuesto de que, como profesionales de la salud, se nos reclamen estos datos, desde el punto de vista ético hay que considerar:

- El carácter obligatorio de la cesión de los datos.
- La indeterminación de éstos. Sólo explicita que sean "necesarios" sin especificar cuáles.
- La amplitud de "los servicios de la Red de Atención y Recuperación Integral y las prestaciones económicas" que indica.
- La existencia de un fichero específico (tema que trataremos en el último punto).

Al imperativo legal se añade el trabajo en red de las instituciones, quizás no generalizado, pero sí muy impulsado a diferentes niveles y con ventajas indudables en muchos aspectos. Por ejemplo, conseguir que la información circule de manera fluida hace que la víctima no tenga que repetir el mismo relato cada vez que es atendida por un estamento profesional o una institución diferente, a la vez que puede reducir el

peregrinaje de la mujer por las instituciones. Pero la posibilidad de fugas en la información y la posibilidad subsiguiente de estigmatización es un riesgo que hay que limitar. Riesgo que será mucho mayor en comunidades pequeñas y también cuando la mujer maltratada sea personal sanitario.

El control de la información es, pues, un reto. El otro es informar adecuadamente a la mujer y que ésta dé su consentimiento. El conflicto aparecerá si la paciente se opone a que la información circule por esta red. Como hemos mencionado anteriormente, hay que considerar la posibilidad de anotar en el curso clínico que la paciente rehúsa el registro de información personal, sin especificar cuál.

#### 4. TODO LO QUE REGISTRAMOS COMO MALTRATO DEBEMOS COMUNICARLO A LA JUSTICIA?

Es sabido que como profesionales tenemos la obligación legal de comunicar a la justicia cualquier situación de maltrato que asistamos. Además, la denuncia tiene consecuencias positivas para la mujer: Permite iniciar acciones legales para protegerla de nuevas agresiones, para obtener ayudas y asistencia para salir del círculo de violencia, soporte para mantener su lugar de trabajo o para conseguir autonomía económica, etc. Incluso si esto no sucede, la denuncia puede constar como antecedente y hará que en una próxima agresión la actitud de la justicia sea más contundente.

Pero hay una serie de situaciones en que, desde el punto de vista médico, no vemos ventajas para la paciente en el hecho de informar a la justicia o vemos más prejuicios que beneficios. Por tanto, la reflexión de este punto se sitúa, no en el terreno de la autonomía, como en el caso expuesto en el capítulo de este mismo documento: *Qué hay que hacer cuando la mujer no quiere denunciar*, sino en el de la beneficencia y la no maleficencia.



Por ejemplo, en el caso de una pareja de personas mayores que viven de la pensión del marido, en que hubo maltrato durante muchos años pero que también hace muchos años que desapareció la violencia física, donde en la actualidad hay actitudes de dominio por parte de él que pueden considerarse maltrato psíquico y una cierta victimización por parte de ella, pero se ha llegado a un cierto equilibrio en la relación de la pareja y donde la mujer disfruta del cuidado de los nietos, manifiesta querer a su marido y de ninguna manera quiere denunciar. ¿Tiene sentido hacer llegar a la justicia esta situación?

En muchas de las relaciones donde hay maltrato psíquico no severo, se nos presentan dudas sobre si tramitar los hechos por la vía penal es lo mejor para la paciente. No porque pensemos que esta violencia sea aceptable en algún grado, que no lo es en absoluto, y además tiene –no lo olvidemos- consecuencias para la salud. Es que estos hechos suceden en la intimidad, a menudo sin testigos. Si la alianza del médico o médica con la mujer no es extraordinariamente fuerte, es fácil que la mujer se eche atrás.

Claro que desde el punto de vista jurídico se ha hecho lo que había que hacer. Pero desde la óptica sanitaria el proceso asistencial habrá quedado interrumpido por una retirada de la mujer y, por tanto, habrá que comenzar de nuevo si es que el objetivo es ayudar a la paciente a salir del círculo de la violencia. Es decir, se ha cumplido un objetivo jurídico, no todos. Pero desde el punto de vista sanitario hemos perdido el trabajo realizado para no ganar nada.

Por otra parte, y en relación a la gradación de intensidades del condicionante de salud de maltrato que comentábamos anteriormente, hay por parte de muchísimos hombres, actitudes machistas muy sutiles pero identificables (Luís Bonino habla de “micromachismos”, como comentamos en el Anexo 2) que generan malestar y disfunción, pero donde difícilmente se puede hablar de violencia como no sea en el sentido estructural que propone el autor mencionado. Entonces, ¿es beneficioso para la paciente informar a la justicia?

En la raíz de esta discordancia hay, entre otras, una cuestión terminológica: Utilizamos las mismas palabras para hablar de conceptos

– por ejemplo la violencia contra la mujer - que no son idénticos desde el derecho que desde la medicina. Y es que el derecho y la medicina son campos del saber diferentes, pero también alejados<sup>16</sup>. Esto hace que, por ejemplo, la detección de maltrato en una relación anterior que finalizó con la muerte del hombre que maltrataba, probablemente no tenga importancia jurídica, pero las consecuencias para la salud pueden persistir y será necesario atenderlas.

Finalmente, queremos insistir en que situamos el conflicto entre actuar según la ley y actuar por el bien de la paciente, y no en obedecer o desobedecer una ley.

---

<sup>16</sup> Ver el Anexo 1: ¿Por qué el nivel asistencial y el jurídico entran en conflicto?

## 5. LOS LISTADOS DE LAS PACIENTES QUE SUFREN MALTRATO

Los listados de las pacientes que sufren violencia de género a menudo son considerados por el personal sanitario y por las instituciones como un instrumento útil para calibrar la magnitud del problema, para conseguir un seguimiento de casos más exhaustivo, como auxiliar en la investigación, como herramienta docente, etc.

Debemos aclarar que cualquier listado de estas características, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (21), puede ser considerado un fichero, y los ficheros deben cumplir una serie de condiciones para poderlos constituir legalmente.

Desde un punto ético estos listados, aunque hayan sido creados de acuerdo con lo que la ley establece, plantean dificultades en relación a la intimidad y a la no discriminación (22). De manera específica al tratarse de mujeres en situación de violencia hay que pensar en la posibilidad de victimización desde el sistema sanitario.

Para la investigación sobre violencia hacia las mujeres, la OMS ha elaborado unas recomendaciones referentes a la confidencialidad de los datos y la seguridad de las mujeres participantes (23).

## PUNTOS CLAVE

### Introducción

- La atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género plantea con mucha frecuencia dilemas éticos.
- La asistencia a mujeres en situación de violencia y la reflexión sobre las decisiones a tomar requieren continuidad, longitudinalidad en la atención y tiempo de consulta.

## I. Que hay que hacer cuando la mujer no quiere denunciar

### **¿De qué tenemos miedo cuando la mujer no quiere denunciar?**

- Cuando la mujer que sufre maltrato no quiere denunciar se presenta un dilema ético entre la obligación profesional de respetar la autonomía de la mujer y la obligación legal de comunicar la situación de maltrato a la justicia.
- La comunicación a la justicia permite visibilizar la violencia, puede poner en marcha medidas de protección para la mujer contra el agresor. No hacerlo puede tener consecuencias negativas para la mujer en situación de violencia.
- El comunicado a la justicia no finaliza el proceso asistencial, que está dirigido a que la mujer establezca sus objetivos para salir de la situación de violencia con las ayudas necesarias.
- Debemos reflexionar sobre las consecuencias negativas que nuestra comunicación puede provocar en la mujer: empeorar objetivamente sus condiciones de vida, aumentar el peligro, no haber previsto las consecuencias de la actuación legal.
- No respetar la autonomía de la mujer puede provocar mayor victimización, la ruptura de la relación terapéutica e invisibilizar de nuevo la violencia.
- Otros factores que pueden influir en las decisiones profesionales no justifican nuestra inhibición: el miedo a incurrir en responsabilidades legales o a vernos involucrados en un juicio, las dificultades para valorar el riesgo o el miedo al maltratador.
- Debemos registrar nuestra valoración y justificar nuestras decisiones en la historia clínica.

### **Más allá del conflicto: el proceso.**

- La atención a la mujer en situación de violencia inicia un proceso con objetivos clínicos, sociales y jurídicos que se extiende a lo largo de varias consultas.

- Debemos huir de actuaciones precipitadas, trabajar el restablecimiento de la mujer y su autonomía, procurar las condiciones de seguridad suficientes, permitir tiempo para buscar su acuerdo y facilitar un abordaje multidisciplinario.
- Hay circunstancias que pueden obligar a acelerar el proceso: menores en riesgo, indicadores de peligro, victimización muy importante, incapacidad mental de la mujer, aislamiento social, falta de continuidad asistencial, u otras situaciones de gravedad.
- Introducimos dos propuestas de futuro: Aumentar los espacios de relación entre las instituciones y promover la investigación sobre los tipos de abordaje de la violencia de género y sus resultados.

## II. Cuando maltratador y víctima son pacientes de la misma consulta

- El conocimiento de la situación de maltrato a través de la mujer y el deber de confidencialidad condicionan la actuación profesional en la atención al hombre que maltrata.
- En el trato profesional con el hombre que maltrata pueden aparecer emociones negativas y situaciones de conflicto de lealtades que dificulten la asistencia. La posibilidad de recurrir a un cambio de profesional no siempre existe o es la más conveniente.
- El análisis ético mediante los principios clásicos es insuficiente porque sólo a partir del principio de justicia se da entrada a terceras personas.
- Cada vez más a menudo hay hombres que piden ayuda por malestares relacionados con la violencia que ejercen sobre la pareja. La atención al hombre que maltrata, aún poco desarrollada en la atención primaria, constituye un reto ineludible.
- El conocimiento y la comprensión del carácter estructural de la violencia machista nos permite encontrar el marco desde el que atender al hombre que maltrata.
- La presencia de una orden de alejamiento plantea cuestiones organizativas y decisiones complejas en la atención al hombre afectado si la mujer tiene asignado el mismo centro sanitario.

### III. Violencia de género: la necesidad de los registros, la dificultad de los registros

- No registrar el maltrato como condicionante de salud no es neutral, sino que da ventaja al hombre que maltrata. El registro en la historia clínica tiene importancia asistencial y valor legal.
- El registro de la situación de maltrato puede estigmatizar y poner en riesgo la seguridad de la mujer, si se vulnera la confidencialidad.
- El dilema ético nace de la necesidad de registrar, con visibilidad suficiente, en la historia clínica, a la vez que es necesario garantizar la confidencialidad de los datos, explicando sus límites a la mujer y teniendo en cuenta sus preferencias.
- La decisión de registrar, qué registrar y cuando hacerlo tiene implicaciones éticas y asistenciales. Hay que integrar la cuestión del registro en el proceso de la atención a la mujer, buscando su acuerdo.
- La historia clínica electrónica compartida, el trabajo en red multidisciplinario y los imperativos legales suponen riesgos para la confidencialidad.
- El registro del maltrato a la madre en la historia clínica de los niños y el registro de la condición de maltratador en la historia clínica del hombre que maltrata plantean problemas éticos específicos.
- Para la investigación sobre violencia hacia las mujeres, la OMS ha elaborado unas recomendaciones éticas referentes a la confidencialidad y a la seguridad de las mujeres participantes.

## ANEXOS

### Anexo 1. ¿Por qué el nivel asistencial y el jurídico entran en conflicto?

La publicación de las Leyes estatal (24) y autonómica (20) contra la violencia de género - pioneras en muchos aspectos- ha sido un paso muy importante para la atención de las mujeres en situación de violencia. También diferentes protocolos de actuación han marcado la norma asistencial como el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (31), y el Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Catalunya (32). A medida que leyes y protocolos se han ido confrontando con la práctica se han puesto de relieve algunas dificultades como las que se revisan en este documento. En este anexo abordamos una cuestión muy específica: los motivos por los que creemos que el nivel asistencial y el jurídico entran en conflicto.

El nivel asistencial y el jurídico entran en conflicto porque a pesar de compartir un mismo interés, erradicar la violencia hacia las mujeres, su cometido es diferente. Intentamos analizar esta diferencia teniendo en cuenta los conceptos, los objetivos los modelos organizativos y los espacios de relación.

#### Definición

Se ha comentado en otros lugares la diversidad de nombres y definiciones que se dan en la violencia contra las mujeres. Eso probablemente refleja (entre otras consideraciones importantes pero que ahora no debemos tratar) que no estamos ante una situación bien definida y fácilmente acotada. Al contrario, bajo la expresión “maltrato a la mujer” hay una amplísima gama de situaciones entre las cuales unas podrían entenderse desde una perspectiva penal y otras no, como cuando una paciente nos habla de la dificultad de cuidar a un marido anciano que ha sido un hombre violento en otros momentos de su vida, o cómo elaborar el duelo de un home que ha maltratado a la mujer y los hijos e hijas, o el efecto de los denominados “micromachismos” (Anexo 2) en la salud psíquica y social de las mujeres, entre otros.

## Objetivo

Los objetivos, que son iguales en lo más genérico - evitar la violencia de género - no son del todo paralelos en lo más concreto. El objetivo de la justicia es fundamentalmente punitivo y reparador, en cambio el de la asistencia es fundamentalmente la mejora de la situación de la mujer y, en el caso concreto de la asistencia sanitaria, la mejora de las condiciones de salud.

## Organización

Porque la justicia *es un poder del estado* y la sanidad no, y la relación no es simétrica: Los y las diferentes profesionales del ámbito de la asistencia – sea ésta sanitaria, social, psicológica o de otro tipo - compartimos un mismo lugar en la sociedad: el del servicio a la ciudadanía. El mundo jurídico está situado en otro lugar social, es un poder del estado y la relación no es simétrica. Esto crea, al menos a veces, incomodidad. Incomoda si, por ejemplo, enviamos información acerca de una mujer y no recibimos respuesta, o bien cuando no recibimos una orden de alejamiento que nos afecta como centro, por poner dos situaciones cotidianas.

De hecho, a veces más que incomodidad sentimos, digámoslo claro, miedo del mundo de la justicia: miedo a que seamos citados como peritos o como testigos, y miedo –muy especialmente en relación a la violencia hacia las mujeres- a ser incriminados en caso de no haber actuado de conformidad con a ley, a pesar de haberlo hecho correctamente desde el punto de vista clínico y ético. A menudo tenemos miedo.

Hay una doble realidad: jueces y fiscales aseguran que tenemos que comunicar a la justicia todo tipo de maltratos. Los servicios asistenciales, incluso aquellos más específicos y comprometidos, aseguran que esto es imposible y actúan de manera distinta. Cuando esto se ha puesto encima de la mesa–en jornadas o cursos con participación de profesionales de la justicia- siempre se acaba invocando la ley y el deber de cumplimiento sin que se pueda sostener un auténtico debate argumentos y experiencias, ya que el peso de la ley ahoga las otras realidades. Eso, el silencio, aumenta la sensación de miedo.



Se da también una situación paradójica que puede hacer entender mejor los desencuentros:

La justicia actúa desde el conocimiento de los hechos: sin la participación bien de la víctima o bien de los testigos (nosotros somos testigos privilegiados), la justicia queda al margen. Es comprensible que, desde esta perspectiva, entiendan nuestra reticencia a comunicar a la justicia como obstruccionismo. No podemos olvidar que la violencia hacia las mujeres es un problema que tiene consecuencias para la salud y también un delito que vemos a través de una víctima que, hay que recordarlo, a menudo no quiere denunciar. Este hecho propio de las situaciones de violencia en la esfera doméstica, hace que los profesionales tengan un papel especialmente relevante que la propia ley recoge manera específica.

Curiosamente, desde la clínica sucede al revés: si nosotros hacemos un comunicado a la justicia sin el consentimiento de la mujer a menudo la perdemos como paciente y somos nosotros los que quedamos fuera del asunto. No se trata – claro- de un problema de “protagonismo” sino de que el trabajo que se haya podido realizar, toma de conciencia, motivación para el cambio, etc., cae en el vacío cuando comunicamos sin consentimiento. Entonces, la mayoría de veces el trabajo terapéutico se rompe. Alguien ha denominado también a este hecho revictimización y ya ha sido comentado en el apartado *“De qué tenemos miedo cuando la mujer no quiere denunciar”* en el capítulo *“Qué hay que hacer cuando la mujer no quiere denunciar”*.

No hace falta decir que en este documento enfatizamos las dificultades y que muchas veces las coincidencias son mucho más importantes que los desencuentros y que en absoluto se trata de polarizar “nosotros o ellos”, al contrario se trata de analizar los diferentes aspectos de las dificultades para poder superarlas.

### **Falta de espacios de encuentro**

La falta de espacio de trabajo y de reflexión conjunta dificulta el poder de expresar con claridad nuestras dificultades, conocer el enriquecedor punto de vista del otro, en este caso jueces, fiscales, cuerpos policiales... y dejar de vernos en una lejanía que nos distorsiona.

Hay que conseguir espacios no jerárquicos de encuentro con el mundo jurídico que nos ayuden a comprender diferentes puntos de vista, cumplir mejor la ley y pedir matices o cambios cuando sea necesario.

Si hay miedo en muchos profesionales en el comunicado de lesiones, otra emoción que se genera es la confusión: a veces no entendemos bien la diferencia entre mandar el informe a la fiscalía o al juzgado, si hay que mandarlo por fax o a través de nuestros superiores, quién lo verá, qué pasará entonces, cuánto tardará, etc.

Este anexo no quiere ser una llamada a la inhibición desde el punto de vista legal pero sí que quiere ser clarificador de las dificultades y un lugar desde donde animar a la formulación de propuestas.

## Anexo 2. El posicionamiento personal en relación a la violencia: la violencia estructural

El maltratador y su médico comparten la circunstancia de estar inmersos en una sociedad donde la violencia es estructural. Hay que decir desde el principio que la calidad estructural de la violencia de género es reconocida de manera explícita<sup>17</sup> en la *Ley catalana 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista* (20).

Decimos que la violencia es estructural porque además de que se la toma como como un método para resolver conflictos, impregna y estructura las relaciones que establecen los individuos y las sociedades. Entendemos que son las relaciones las que están montadas según el código de la violencia al margen de que esta tenga o no un origen identificable en el pasado. Las relaciones se establecen de un “modo” violento (25) y entonces la diferencia lleva a la desigualdad, la desigualdad lleva a la jerarquización y la jerarquización lleva a la sumisión. Es la incorporación de la violencia a la estructura de las relaciones lo que convierte en necesarios cada uno de estos pasos y los naturaliza (26).

Por eso no es suficiente con la simple exclusión de los comportamientos y actitudes violentas de nuestras relaciones si queremos efectos duraderos a largo plazo, sino que habría que modificar radicalmente estas relaciones, rehacerlas con otro código, montarlas de forma que la violencia no determine sus correspondencias. Por tanto, si el médico y el hombre que maltrata están inmersos en una sociedad en que la violencia es estructural querrá decir que van a compartir estereotipos, patrones de comportamiento, que serán estructuralmente violentos.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Artículo 7: Principios orientadores en las intervenciones de los poderes públicos: b) La consideración del carácter estructural y de la naturaleza multidimensional de la violencia machista, en especial en cuanto a la implicación de todos los sistemas de atención y reparación.

<sup>18</sup> Vemos el peligro que comporta afirmar la calidad estructural de la violencia, ya que puede facilitar actitudes pasivas con consideraciones del tipo “Es estructural, no hay nada que hacer, lo que pasa es que todo está muy mal”. También somos conscientes de cuan arriesgado es el intento de establecer un terreno común entre el

## Los micromachismos

Hasta ahora lo que hemos expuesto referente a la violencia estructural ha tenido un carácter poco concreto. Vemos ahora cómo el análisis desde una perspectiva de género de las relaciones que se establecen en una pareja nos ayudan a entender cómo la violencia estructura las relaciones.

Luís Bonino denomina micromachismos o microviolencias a aquellos *“pequeños, casi imperceptibles controles y abusos de poder casi normalizados que los varones ejecutan permanentemente. Son hábiles artes de dominio, maniobras que sin ser muy notables, restringen y violentan insidiosa y reiteradamente el poder personal, la autonomía y el equilibrio psíquico de las mujeres, atentando además contra la democratización de las relaciones”* (27). Cuando se detectan es por los efectos que se producen en la mujer, y – como las microviolencias quedan indetectadas- entonces se habla de peculiaridades o rarezas de la mujer. La eficacia de los micromachismos radica en el hecho de que modifican la relación amoldándola a los intereses del hombre y que a menudo ni el mismo hombre es consciente de que los utiliza. Es más, como los micromachismos son a la vez herramientas que configuran la identidad masculina, suele haber una notable resistencia de los hombres a reconocer su práctica. La utilización abusiva del espacio, la maternalización de la mujer, el pseudo-apoyo<sup>19</sup>, son

---

médico y el agresor, y en este sentido queremos aclarar que no proponemos pensar en cualquier médico como si fuera un maltratador (a pesar de que debe haber, en teoría tantos hombres maltratadores entre los médicos como hay en su clase de referencia). Igualmente creemos que no se puede considerar al hombre que maltrata como un ser desvinculado de su entorno, como si fuera un monstruo sin contexto ni, al contrario, atribuir la mayor parte de responsabilidad a la violencia estructural abusando de su poder explicativo, des-responsabilizando así al agresor.

<sup>19</sup> *La utilización expansiva del espacio físico* [ “Esta práctica se apoya en la idea de que el espacio es posesión masculina, y que la mujer lo precisa poco. Así, en el ámbito hogareño, el varón invade con su ropa toda la casa, utiliza para su siesta el sillón del salón impidiendo el uso de ese espacio común, monopoliza el televisor u ocupa con las piernas todo el espacio inferior de la mesa cuando se sientan alrededor de ella, entre otras maniobras” ]. *La maternalización de la mujer* [ “Pedir, fomentar o crear condiciones para que la mujer priorice sus conductas de cuidado incondicional (sobre todo hacia el mismo varón), promover que ella no tenga en cuenta su propio desarrollo laboral, acoplarse al deseo de ella de tener un hijo, prometiendo ser un “buen padre” y desentenderse luego del cuidado de la criatura” ], *El pseudo-apoyo*: [ “Apoyos que se enuncian sin ir acompañados de acciones cooperativas, realizados con mujeres que acrecientan su ingreso al espacio público” ]. (28)

algunos ejemplos de comportamientos que difícilmente pueden ser considerados violentos en sentido convencional pero que tienen los mismos objetivos y producen los mismos efectos que la violencia macro.

Si las microviolencias están tan extendidas que el tema de la violencia estructural se convierte en una característica detectable en las relaciones de pareja, podemos suponer que el médico y el agresor comparten como terreno común la violencia estructural. En un segundo paso podemos considerar este terreno común como la base para una relación posible entre el profesional y el maltratador, que habrá que configurar en cada caso. Nos parece que esta vinculación profesional que incluye el aspecto emocional es consistente y a la vez permite una distancia relacional adecuada que evitará identificaciones fuera de lugar.

A pesar de que este recurso parece más adecuado para que lo utilice un médico que una médica, proponemos que el reconocimiento de las microviolencias que hombres y mujeres ejercemos en todos los terrenos, no solo dentro de las relaciones de pareja, pueden facilitar la necesaria empatía con el maltratador.

**ANEXO 3: Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIM-10) y de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria 1ª revisión (CIAP-2) relacionados con la violencia doméstica (17,18)**

	<b>CIM-10 (e-CAP)</b>	<b>CIAP 2 (OMIAP)</b>
<p><b>En la HCAP DE LA MUJER:</b> Para indicar el ámbito y el autor del maltrato</p> <p>Para especificar el tipo de maltrato, sin especificar el agresor (también incluye maltrato a niños y personas mayores)</p> <p>Para indicar algunas consecuencias del maltrato</p> <p>Cuando no se ha confirmado el maltrato o no se quiere ser tan explícito</p>	<p><b>Y07.0 Maltrato por marido o pareja</b></p> <p><b>T74 Síndromes de maltrato:</b></p> <p><b>T74.0 Negligencia o abandono</b> T74.1 Abuso físico (<i>esposa/marido/niño/bebé</i>) T74.2 Abuso sexual</p> <p><b>T74.3 Abuso psicológico</b> T74.8 Otros síndromes de maltrato (<i>formas mixtas</i>) T74.9 Síndrome de maltrato, no especificado (<i>adulto y niño</i>)</p> <p><b>F43.1 Sd. de estrés postraumático</b></p> <p><b>Z63.0 Problemas en la relación de pareja</b></p>	<p><b>Z12 Problemas de relación entre cónyuges</b> (<i>incluye abuso psíquico/emocional</i>)</p> <p><b>Z25 Problemas derivados de la violencia/agresión</b> (<i>incluye abuso físico y sexual hijo/parella</i>)</p>
<p><b>En la HCAP DE LOS HIJOS/HIJAS:</b></p>	<p><b>Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la infancia</b> (<i>excluye síndrome de maltrato</i>)</p> <p><b>Z63.0 Problemas en la relación de pareja</b></p>	<p><b>Z16 Problemas de relación con los hijos</b> (<i>incluye abuso emocional</i>)</p>

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Grup "Violència de gènere i Atenció Primària de Salut", Societat Catalana de medicina familiar i comunitària (CAMFIC). Violència de gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. CAMFIC, Barcelona 2012.
- 2 Walker L. Battered woman. New York: Harper and Row Publishers; 1979.
- 3 Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi Deontològic. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 2005. Disponible en: [http://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi\\_deontologic.pdf](http://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf)
- 4 Emanuel EJ, Emanuel LI. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267:2221-6. Hay traducción al castellano: Emanuel EJ i Emanuel LI. Cuatro modelos de la relación médico paciente. A: Couceiro A. Bioética para clínicos. Editorial Triacastela. Madrid. 1999. p. 109-126. También disponible en catalán en: [http://www.acmcb.es/files/499-60-FITXER/sense\\_amnesia2.pdf](http://www.acmcb.es/files/499-60-FITXER/sense_amnesia2.pdf), <http://www.acmcb.es/files/499-74-FITXER/sense3.pdf>
- 5 Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya - Document operatiu d'immigració. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2010. Disponible en: <http://www.spora.ws/cat/projecte/veure/33/do-de-violencia-masclista-i-immigracio>
- 6 Salvat Ed. Diccionario terminológico de las ciencias médicas. 12ª edición. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1990.
- 7 Rogers, C. The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. Journal of Counselling Psychology. 1957; 21: 95-103.
- 8 Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. Med Clin (Barc). 2001;117:262-73. Disponible a [http://www.doyma.es/revistas/ctl\\_servlet?f=7064&ip=81.36.155.132&articuloid=13018417&revistaid=](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?f=7064&ip=81.36.155.132&articuloid=13018417&revistaid=)
- 9 M. Almiñana, et al. Grup d'Ètica de la CAMFIC. Dades clíniques en l'era electrònica. [http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/dades\\_cliniques.pdf](http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/dades_cliniques.pdf)
- 10 M. Almiñana, et al. Grup d'Ètica de la CAMFIC. Confidencialitat: El dret a la intimitat. Documents Camfic. [http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/confidencialitat\\_cat.pdf](http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/confidencialitat_cat.pdf)

- 11 M. Almiñana, et al. Grup d'Ètica de la CAMFIC. L'autonomia, el dret a decidir. Documents Camfic.  
<http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/autonomia.pdf>
- 12 Informatización y confidencialidad de la historia clínica. Grupo de Trabajo de Bioética de la Semfyc. Aten Primaria. Julio-Agosto 2004; 34(3): 140-2.  
Disponible en:  
[http://www.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=13064527&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&fichero=27v34n03a13064527pdf001.pdf&ty=127&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es](http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13064527&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&fichero=27v34n03a13064527pdf001.pdf&ty=127&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es)
- 13 Nancy E. Isaac, Pualani Enos. Medical records as legal evidence of domestic violence., summary report. National Criminal Justice Reference Service, USA 2000. Available at [http://www.ncjrs.gov/App/Publications/Summary\\_report](http://www.ncjrs.gov/App/Publications/Summary_report): <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/184528.pdf>
- 14 Goldman J, Hudson R. M , Hudson Z, Sawires P. Health Privacy Principles for Protecting Victims of Domestic Violence. Family Violence Prevention Fund, 2000. En:  
[http://endabuse.org/section/programs/health\\_care/health\\_privacy](http://endabuse.org/section/programs/health_care/health_privacy)
- 15 National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. Family Violence Prevention Fund, 2004. En: <http://endabuse.org/userfiles/file/Consensus.pdf>
- 16 Simón Lorda, P. El Consentimiento Informado. Editorial Triacastela. Madrid. 2000. P. 289-295. Para los significados de capacidad y competencia, *Ibid.* 277 i ss.
- 17 Classificació Internacional de Malalties, revisió 10 (CIM-10). Disponible denle el sitio web del Servei Català de la Salut:  
[http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov\\_catdiag\\_cim10.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_catdiag_cim10.htm)
- 18 Classificació Internacional d'Atenció Primària, versió 2 (CIAP-2). Disponible al lloc web de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària:  
[http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/RecursosEines/Docs/ciap\\_2\\_catala\\_2\\_fulls.pdf](http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/RecursosEines/Docs/ciap_2_catala_2_fulls.pdf)
- 19 William J. Rudman. Coding and documentation of domestic violence. Family Violence Prevention Fund, 2000  
<http://endabuse.org/userfiles/file/HealthCare/codingpaper.pdf>



- 20 Generalitat de Catalunya. Departament de Presidència. LLEI 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. DOGC núm. 5123 - 02/05/2008. Disponible en: <http://www.gencat.cat/diari/5123/08115106.htm>
- 21 Gobierno de España. Jefatura del Estado. LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- 22 Grup de treball de coordinació. Protocol Marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista. Capítol 8 sobre la protecció de dades personals en els circuits territorials. Barcelona: Institut Català de les dones. Generalitat de Catalunya; 2008. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/icdones/temes/docs/protocol\\_marc.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/icdones/temes/docs/protocol_marc.pdf)
- 23 Garcia-Moreno C, coord. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. OMS, 2001.
- 24 Gobierno de España. Jefatura del Estado. LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- 25 Fisas V. (Ed.) El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia. Barcelona: Icaria editorial S.A; 1998.
- 26 Alberdi I. *Com reconèixer i com eradicar la violència contra les dones*. A: AA.VV. *Violència: Tolerància zero*. Barcelona: Fundació "la Caixa"; 2005.
- 27 Bonino Méndez L. Las microviolencias y sus efectos: Claves para su detección. A: Ruíz-Jarabo C, Blanco P(Dir.): *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos; 2007, p. 87.
- 28 Bonino Méndez L. Develando los micromachismos en la vida conyugal. A: Jorge Corsi y otros. *Violencia masculina en la pareja*. Argentina: Paidós; 1999, p. 191-208.

- 29 Aretio Romero Antonia. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2013 Feb 24] ; 21(4): 273-277. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000600001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000600001&lng=es).
- 30 Grupo de trabajo del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja; 2010. Disponible en: [http://www.riojasalud.es/ficheros/protocolo\\_violencia\\_genero.pdf](http://www.riojasalud.es/ficheros/protocolo_violencia_genero.pdf)
- 31 Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun.htm>
- 32 Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2009. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Violencia\\_i\\_maltractaments/pdf/abordatge.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Violencia_i_maltractaments/pdf/abordatge.pdf)