

Reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere des de l'Atenció Primària de salut

**Grup de Violència de Gènere i Atenció Primària
de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)**

**Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i
Comunitària (CAMFiC)**

Comissió redactora:

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

**Grup de Violència de Gènere i
Atenció Primària 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

Grup d'Ètica 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

**Van formar part del grup
durant l'elaboració del document:**

Carmen Adalid Villar
Lluís Balagué Gea

Agraïments

Aquest text ha estat elaborat amb el treball del Grup de Violència de gènere i del Grup d'Ètica de la CAMFiC. Aquesta és l'ànima del document i és dels grups la responsabilitat dels continguts.

Ara bé, les aportacions, crítiques i propostes de millora dels i de les referents i dels revisors i revisores han estat molt importants per al seu redactat final. Persones vingudes de diferents disciplines del coneixement i de diferents perspectives de l'assistència han fet un esforç notable per entendre i enriquir el nostre document. Volem començar amb una agraïment exprés per aquesta tasca imprescindible.

Referents del Grup d'Ètica

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

Revisores i revisors del document

Núria Beitia Hernández

*Psicòloga
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"
i de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona*

Heinrich Geldschläger

Psicòleg i psicoterapeuta, Associació Conexus

Itziar de Lecuona

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

Beatriu Macià

Terapeuta Especialitzada en l'atenció a dones maltractades de Tamaia

Francesca Puigpelat Martí

*Catedràtica de Filosofia del Dret
Universitat Autònoma de Barcelona*

Sumari

Introducció

Glossari

Què cal fer quan la dona no vol denunciar

Quan maltractador i víctima són pacients de la mateixa consulta

Violència de gènere: La necessitat dels registres, la dificultat dels registres

Punts clau

Annexos

Bibliografia

INTRODUCCIÓ

El perquè del document

L'any 2008 la jornada que el grup de Violència de Gènere i Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) organitza anualment per commemorar el Dia Internacional contra la violència cap a la dona del 25 de novembre, es va dedicar als reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere. Les qüestions tractades van ser dues: Què fer quan la dona maltractada no vol denunciar i les dificultats que es presenten quan el maltractador i la víctima són atesos per la mateixa persona.

De l'interès demostrat en el debat i de la impressió que el tema estava molt patit però poc tractat formalment, va sorgir el document que ara presentem, elaborat pel grup de Violència de Gènere i Atenció Primària i pel grup d'Ètica pertanyents a la CAMFiC. En ell tractem els dos temes de la jornada més un tercer tema que dediquem al registre de la informació sobre maltractament, sense intenció d'esgotar totes les possibilitats de reflexió que el tema de la violència i l'ètica generen.

El llistat de temes possibles és extensíssim. Alguns d'ells que queden per a una altra ocasió són:

Aspectes ètics específics de la violència de gènere en noies adolescents, en dones grans i en dones immigrants:

La violència en menors d'edat planteja problemes ètics específics, cal recordar per exemple que al nostre país els 16 anys marquen la majoria d'edat sanitària i que abans d'aquesta edat existeix la figura del menor madur. En el cas de dones velles i de dones immigrants, tot i que se'n tracten alguns aspectes al llarg del document, se'n podria fer una anàlisi més extensa i aprofundida.

Quan la metgessa pateix violència de gènere o el metge l'exerceix:

Aquestes són situacions teòricament freqüents perquè els percentatges de dones maltractades i d'homes que maltracten han de ser en principi similars a les xifres de les poblacions generals a les quals pertanyen les persones, però no tenim estudis que en facin referència. Les implicacions d'aquestes situacions en el treball assistencial i en la relació professional-pacient estan pendent d'analitzar.

Les institucions sense visió de gènere:

La responsabilitat personal no pot suplir la responsabilitat institucional i la victimització per via institucional és difícilment compensable pel voluntarisme del/de la professional.

L'atenció a la violència de gènere és multidisciplinària:

Si bé el treball en xarxa ara mateix és necessari en totes les disciplines, pel que fa a la violència ho és d'una manera especial, i planteja dificultats ètiques en aspectes de registres, coordinació, confidencialitat, etc.

Aquest és un document de reflexió, no es tracta d'un document dels recursos disponibles, tan variables en el nostre territori, ni tampoc d'un document operatiu: Ens hem proposat assenyalar i analitzar els conflictes ètics que sorgeixen en l'atenció a la dona que pateix maltractament i de l'home que maltracta, i indicar sobretot vies per on continuar treballant més que no pas proposar solucions. Per aprofundir en el tema de la violència de gènere es pot consultar el document "Violència de gènere i atenció primària de salut: una visió des de la consulta" elaborat pel Grup de Violència de Gènere i Atenció Primària i editat per la CAMFiC el 2012.(1)

Estructura del document

Als tres capítols esmentats els hem afegit un glossari de termes que es fan servir habitualment al tractar la violència de gènere i, com que les definicions triades poden condicionar la lectura del document, l'hem posat immediatament després d'aquesta Introducció.

Al final del document hi ha una sèrie de punts clau que segueixen l'estructura del document i poden servir tant de guia de lectura com de resum sintètic un cop s'ha llegit el document extens.

A més, hem elaborat un resum, que editem en document a part, que intenta ser autoexplicatiu i donar les claus del document extens sense necessitat de llegir-lo.

Consideracions finals

Cal dir des del començament que l'atenció a la dona que pateix maltractament requereix temps: l'anamnesi i la reflexió sobre les decisions a prendre, entre d'altres, volen temps. També cal temps per a la coordinació amb dispositius

assistencials i no assistencials (per exemple amb la justícia). El procés pel qual una dona en situació de maltractament se'n pot sortir, no transcorre en una sola consulta, també aquí els temps són llargs.

Reorganitzar els temps assignats a les diverses tasques a la consulta i fora d'ella és responsabilitat nostra. Procurar els mitjans organitzatius i humans necessaris per a una correcta assistència és responsabilitat de l'administració.

Barcelona, primavera de 2013

GLOSSARI

Desigualtat estructural: En la nostra cultura s'han estructurat distincions socials i culturals entre homes i dones per convertir les diferències biològiques en jerarquies de poder. Aquesta qualitat estructural fa difícil la visualització de la desigualtat i de la violència, també en la pràctica mèdica.

Empoderament: És el fet de concedir poder a un col·lectiu perquè mitjançant la seva autogestió millori les seves condicions de vida. En el cas de la violència de gènere es tracta de retornar a la dona l'autoritat sobre la seva pròpia vida.

Formes de maltractament a la dona dins la parella (1):

- Agressió psíquica: conductes hostils, menyspreu, indiferència cap a l'altre, desvalorització, obligar a fer coses humiliants o contra els seus principis i les anomenades conductes de control (control sobre les amistats, la manera de vestir, on es troba a cada moment...). L'agressió psíquica sempre està present, per això cal pensar-hi davant de qualsevol tipus d'agressió. Les seves seqüeles són més greus i més duradores que la majoria de maltractaments físics.
- Agressió física: empentes, cops, bufetades, intents d'estrangulació, cremades, agressions amb objectes i armes, i d'altres.
- Agressió sexual: violació conjugal, relació sexual sense consentiment, manca de responsabilització en la contracepció o en la prevenció de malalties de transmissió sexual.
- Agressió verbal: insults i desqualificacions.
- Abús econòmic: control exclusiu dels diners, utilitzar per a benefici propi els béns de la família i impedir la independència econòmica de la dona (per exemple, dificultant l'accés al treball).
- Agressió o amenaça als animals de companyia o danys a béns i propietats.
- Amenaça d'agressió i/o de mort a ella mateixa o als fills i filles o de suïcidi de l'agressor.

- Aïllament social: qualsevol estratègia dirigida a limitar els moviments i relacions personals.

Maltractador, agressor, home que maltracta: aquell que comet el maltractament en qualsevol de les seves formes. En el cas de violència de gènere, parella o exparella de la víctima.

Ordre d'allunyament: sentència judicial - o mesura cautelar - mitjançant la qual l'agressor no pot apropar-se a la víctima ni acudir a indrets habitualment freqüentats per la dona.

Principis ètics: Els quatre principis clàssics són: Beneficència, No maleficència, Autonomia i Justícia. Adaptem les definicions del document del Grup d'Ètica de la CAMFiC "L'autonomia, el dret a decidir" (11):

- **Beneficència:** "Fer el bé", l'obligació moral d'actuar en benefici dels altres. Guarir el dany i promoure el bé o el benestar.
- **No-maleficència:** És el "primum non nocere". No produir dany, i prevenir-lo. Inclou no matar, no provocar dolor ni patiment innecessaris, no produir incapacitats, no fer mal.
- **Autonomia:** Capacitat d'una persona per pensar i actuar lliurement, de forma conscient i voluntària, aconseguir els seus objectius, i comunicar-los als altres, assumint les conseqüències de les seves actuacions. L'autonomia és una característica dinàmica, que canvia de grau (pot augmentar o disminuir) en diferents moments de la vida d'una persona. L'autonomia total, com ara la perfecció, no existeix.
- **Justícia:** Equitat en la distribució de càrregues i beneficis. Inclou el rebuig a la discriminació per qualsevol motiu. Alguns aspectes específics regulats pel principi de justícia són l'assignació dels recursos, i també els drets de tercers.

Víctima: persona que pateix el maltractament de forma directa (dona maltractada i els seus fills i filles) o indirecta (especialment els infants que són testimonis del maltractament a la seva mare). Des d'alguns àmbits s'han proposat paraules alternatives per referir-se a dones maltractades, com ara "supervivent" per emfatitzar les capacitats de la dona.

Victimització: És el procés que viu la dona que pateix violència de gènere que la porta a no reconèixer el maltractament, sentir-se culpable dels fets, perdre àmbits d'autonomia, capacitat de decisió i xarxa social protectora. Cal no confondre-ho amb l'expressió col·loquial "fer-se la víctima".

Victimització secundària: És aquella que es genera en la relació entre la víctima i el sistema sanitari, els cossos policials, el sistema judicial o la societat en general, quan les organitzacions que han de protegir-la no ho fan activament o passivament. Per exemple quan no es reconeix el maltractament, es culpabilitza a la víctima, es minimitza el dany, etc. També s'ha anomenat revictimització.

Violència de gènere, violència masclista, violència vers les dones: Hi ha algunes diferències conceptuals en els referents jurídics nacionals i internacionals, fonamentalment respecte l'amplitud de l'espectre de la violència, que en la declaració de l'ONU i en la llei catalana es refereix a qualsevol manifestació de discriminació vers les dones en la societat mentre que la Ley Orgánica del 2004 es refereix a la violència dins la relació de parella.

En aquest document ens hem referit a la violència de gènere en aquest últim sentit, aquella que pateixen les dones dins la relació de parella o exparella.

La Resolució de l'Assemblea General de les Nacions Unides de 1993 va establir que la violència masclista és "tot acte de violència basat en la pertinença al sexe femení que tingui o pugui tenir com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeixen en la vida pública com en la vida privada".

La Llei Autònoma, Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista (20), a l'article 3: "Als efectes d'aquesta llei, s'entén per *violència masclista* la violència que s'exerceix envers les dones, com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones, i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, intimidacions o coaccions, tingui com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat."

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. QUÈ CAL FER QUAN LA DONA NO VOL DENUNCIAR

Abans de començar aquest capítol volem aclarir que els metges i les metgesses que atenen dones maltractades solen fer servir el terme "denúncia" per referir-se a l'acte d'informar dels fets a la justícia mitjançant el comunicat de lesions. En aquest capítol intentarem desfer l'equívoc i reservarem el terme "denúncia" per nomenar l'acció per la qual la dona maltractada o els seus familiars sol·liciten l'actuació de la justícia. A l'emissió del comunicat de lesions en direm comunicar o informar a la justícia.

CAS CLÍNIC:

La Maria és una dona equatoriana de 19 anys que viu a Barcelona des de fa un any. Embarassada de 13 setmanes, viu amb la seva parella en un pis compartit.

Fa una primera visita al Centre de Salut per molèsties relacionades amb l'embaràs. Se li donen consells sobre salut en l'embaràs: Tòxics, fàrmacs, detecció del maltractament.

Dues setmanes després porta a la seva metgessa un informe d'Urgències on la van atendre un dies abans per dolor abdominal. A la consulta li explica que va ser causat per una agressió prèvia per part de la seva parella, amb amenaces de prendre-li el nadó tan punt neixi. A l'exploració física, té un hematoma a la regió parietal i diverses contusions, i està molt ansiosa. La pacient va dir a l'hospital que les lesions eren produïdes per una caiguda casual.

Refereix altres agressions de menor intensitat i nega abús sexual. No treballa fora de casa. Hi ha molt poc suport social a causa de la immigració recent, al fet de no treballar i de no tenir altres parents al nostre país.

Té por per la situació d'immigració irregular en la qual viu: té por a la detenció, por a l'expulsió. Com que no percep perill imminent de noves

agressions, malgrat el consell de denunciar que li dóna la seva metgessa, la pacient no vol fer-ho.

La metgessa, després de valorar el risc, accepta ajornar el Comunicat de lesions, a condició que la pacient mantingui el contacte, amb la intenció que es clarifiqui el seu objectiu i trobi les eines necessàries per dur-lo a terme: Protegir el nadó, aconseguir independència econòmica, habitatge segur, denunciar, separar-se,...

La metgessa es posa en contacte amb la ginecòloga i amb la treballadora social amb l'acord de la Maria, per tal d'estar atentes al risc de l'embaràs, a l'aparició de noves agressions i a la millora de les mancances de suport social. Des de Treball Social se li ofereixen recursos específics per a dones en situació de maltractament.

Dies després la metgessa constata que no hi ha canvis en el propòsit de la dona i davant la situació de vulnerabilitat en els propers mesos i el risc per al nadó, parla amb ella, li explica quines són les seves obligacions com a professional cap a la llei i li diu que farà un informe al jutjat.

La Maria es canvia de metgessa i de centre de salut.

Què fer si la dona no vol denunciar, és la pregunta que contínuament ens fem, la primera que surt en els cursos de formació. És una pregunta que genera angoixa a qui atén dones en situació de violència i conflicte entre institucions. Des de la nostra mirada assistencial, intentarem aprofundir en el tema analitzant de què tenim por, d'on sorgeixen els conflictes entre el nivell assistencial i el jurídic, per finalment proposar alternatives des de les quals continuar atenent les dones sense bloquejar-nos en la disjuntiva de fer o no fer el Comunicat al jutge. Cal insistir en el fet que el comunicat a la justícia no finalitza el procés assistencial, que està dirigit a que la dona estableixi objectius per sortir de la situació de violència amb els ajuts necessaris (1) (30).

DE QUÈ TENIM POR QUAN LA DONA NO VOL DENUNCIAR I ENS DEMANA QUE NO INFORMEM A LA JUSTÍCIA?

Al plantejar un desacord amb la norma legal la metgessa o el metge es troba en una situació difícil: el compliment de la llei xoca amb l'obligació professional de procurar el bé de la pacient i minimitzar els perjudicis, tot respectant-li l'autonomia (29).

En aquesta disjuntiva una de les emocions que afloren és la por: por al que li passarà a la dona o a nosaltres si ens decidim per obeir la llei o per actuar en interès de la salut de la pacient si entren en conflicte. Lluny de fonamentar la decisió ètica en la por, intentem més aviat destriar què ens empeny a actuar i què ens reté, utilitzant la por com a guia per situar els diversos conflictes.

1. Por del que li pugui passar a la dona ¹

Comunicar-ho a la justícia i empitjorar objectivament les condicions de vida de la dona: Un cas-típus que sol veure's a l'atenció primària és el maltractament psíquic poc intens, en dones grans, sovint amb escassa victimització, on s'ha aconseguit amb els anys un cert equilibri relacional, tot i que en els antecedents hi pot aparèixer violència física. Si actuem segons la llei, cal fer comunicat de lesió o informe a la justícia. En aquest cas prioritzar la informació a la justícia que comportarà probablement pèrdua d'ingressos, soledat, aïllament de fills i nets, etc. probablement no sigui l'interès principal de la dona. I no cal dir si la dona és la cuidadora de l'agressor malalt. Llavors voldrà en primer lloc aconseguir recursos assistencials adequats, ingressos econòmics suficients, temps personal per compensar l'inevitable desgast del cuidar,...

Des d'un punt de vista ètic, en les circumstàncies que hem descrit, ens sembla menys maleficient, més beneficent i més respectuós amb l'autonomia de la dona no comunicar-ho.

Hi ha però altres situacions en les quals també podem empitjorar les condicions de vida de la dona, i que no depenen de l'edat de la dona ni de si és o

¹ Unes reflexions complementàries fetes des del punt de vista de la beneficència les exposem més endavant a l'apartat "Tot el que registrem com a maltractament cal que ho comuniquem a la justícia?" al capítol "Violència de gènere: La necessitat dels registres, la dificultat dels registres".

no immigrant, per exemple quan la dona està sotmesa a formes de violència psicològica, sexual, econòmica,... però no les identifica com a tals. En aquests casos una denúncia precipitada pot ser perjudicial.

Comunicar-ho a la justícia i posar a la dona en perill: La violència de gènere acostuma a adoptar una seqüència cíclica. Sabem que la intensitat de la violència anirà en augment, fins un punt àlgid després del qual s'esdevé una treva i una fase de reconciliació ("lluna de mel"), per tornar-se a iniciar el cercle en el que es coneix com a cicle de la violència (2).

Des d'un punt de vista estratègic, a l'agredir la dona, l'agressor no està "perdent els nervis", sinó que està afermant o recuperant el control de la relació. Qualsevol esdeveniment que l'agressor interpreti com una pèrdua de control, farà que l'intenti recuperar amb un augment de la violència. Són esdeveniments que impliquen una pèrdua de control el fet de parlar del maltractament amb una amiga, anar a un punt d'ajuda de l'ajuntament, explicar a la consulta mèdica la violència que pateix,... I la denúncia o la intenció de denunciar també representa una pèrdua de poder i de control. En relació a això cal recordar que moltes morts es produeixen després que la dona s'ha separat o ha anunciat que es volia separar. És imprescindible, a l'hora de realitzar el comunicat de lesions o l'informe a la justícia i mentre la justícia pot protegir la dona, ajudar-la a prendre mesures de seguretat. Aquesta situació és especialment difícil si fem el comunicat a la justícia sense el consentiment de la dona, ja que probablement no prendrà mesures de protecció contra l'agressor.

Si veient la situació en què es troba la dona pensem que la denúncia podria augmentar d'alguna manera el risc d'agressió, cal considerar la possibilitat de no remetre immediatament l'informe a la justícia.

Des d'un punt de vista més general, també posem a la dona en perill en el cas de la denúncia feta sense procurar les condicions de seguretat suficients per a ella i els seus fills, quan es troben en un moment àlgid de violència. En aquest cas, més enllà del fet que la denúncia contribueixi al desencadenament de la violència, volem remarcar la necessitat d'aconseguir un entorn segur, tal com prescriu el Codi Deontològic. Article 72: *"El metge no ha d'estar mai present en cap acte que comporti l'ús, o l'amenaça d'ús, de la tortura o de qualsevol altre acte cruel, inhumà, degradant, d'opressió o vexació. Ans al*

contrari, té el deure de denunciar-ho, si en té coneixement. El metge que tingui coneixement de l'existència de maltractaments a menors, de gènere, a incapacitats i en general a qualsevol altra persona, ha de posar-hi els mitjans necessaris per protegir-los i té el deure de denunciar-ho un cop s'asseguri en la mesura del possible la protecció de la víctima.” (3)

Fer-ho saber a la justícia i provocar l'expulsió de la dona immigrant sense papers: Com que fer-ho saber a la justícia posa en evidència la situació irregular de la dona, fins fa poc aquesta podia ser tractada com qualsevol altra immigrant il·legal i ser expulsada. L'especial vulnerabilitat de la dona en aquesta situació ha estat reconeguda per les modificacions a la Llei d'Estrangeria aprovades l'any 2011, que protegeixen de l'expulsió la dona que denuncia l'agressor. La protecció inclou els fills i aquelles persones del seu entorn que es poguessin veure afectades per la denúncia.²

Comunicar-ho a la justícia i provocar l'expulsió de l'agressor: L'expulsió de l'agressor elimina el risc de futures agressions, però pot aportar problemes nous a la dona: la pèrdua del suport econòmic, la pèrdua de l'interlocutor amb l'exterior, haver de renunciar o de redefinir els objectius vitals perseguits fins llavors, etc. També cal tenir en compte que poden haver-hi represàlies contra l'agressor en el país d'origen i repercussions sobre els fills i filles tant aquí com al seu país.

Les conseqüències legals d'una denúncia no sempre són correctament previstes per la dona que denuncia. Hi ha ocasions que la dona espera que l'agressor sigui amonestat per l'autoritat, però de cap manera preveu que se'n segueixi un procés penal que acabi amb la presó o l'expulsió. Aquestes expectatives poden tenir-les també dones no immigrants depenent de les experiències prèvies i del coneixement dels usos legals del nostre país.

² Agencias. No se abrirá expediente de expulsión a extranjeras que denuncien malos tratos. Madrid : El País; 28 de Juliol del 2011. Disponible a:
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/07/28/actualidad/1311804005_850215.html

Informar la justícia i perdre el contacte amb la dona, i per tant la possibilitat d'ajudar-la: Informar contra la voluntat de la dona pot ser que trenqui la relació terapèutica i la pacient no torni a la nostra consulta, com succeeix en el cas que proposem:

Dies després la metgessa constata que no hi ha canvis en el propòsit de la dona i davant la situació de vulnerabilitat en els propers mesos i el risc per al nadó, parla amb ella, li explica quines són les seves obligacions com a professional cap a la llei i li diu que farà un informe al jutjat.

Maria es canvia de metgessa i de centre de salut.

Al perdre el contacte amb la dona es posa en risc tot el treball fet amb ella. Potser es conservaran les dades en la història clínica de la pacient, però tot allò que s'ha anat creant a través de la relació amb el o la professional pot ser que es perdi, i també la feina feta amb la xarxa assistencial de la qual formem part. Però hi ha dues conseqüències que perjudiquen especialment la recuperació de la dona. En primer lloc al sentir traïda la confiança amb nosaltres, serà difícil que pugui abordar posteriorment la seva situació de maltractament. Finalment, la pèrdua del contacte amb el sistema sanitari l'aboca a un augment del risc, és a dir, la fa més vulnerable.

Cal reconèixer que, en els últims anys, des del sistema sanitari hem passat de la victimització secundària de qüestionar el relat de la dona a la victimització secundària de passar pel damunt del que ella vol.

Des d'un altre punt de vista, la relació és imprescindible per restablir l'autonomia que va quedant més malmesa com més intensa és la victimització. El fet d'impulsar la presa de decisions de la dona sense que aquesta hagi recuperat una autèntica capacitat de decisió (desvictimització), erosiona encara més l'autonomia de la dona en lloc de reforçar-la. No tenir en compte la voluntat de la dona la perjudica perquè l'empoderament és alhora l'estratègia i la finalitat.

Llavors, apostar per una decisió autònoma equival a procurar les condicions necessàries per recuperar l'autonomia i treballar-hi activament. Aquesta concepció de l'autonomia va més enllà de la concepció restringida que

és freqüent en l'àmbit sanitari, ja que inclou la relació i la consideració de procés com a ingredients essencials³.

Per tant, no hem d'acceptar incondicionalment qualsevol sol·licitud de no informar la justícia, ni guiar-nos únicament per si representa un perill o no per a la dona i els fills, sinó que cal considerar alhora si contribueix a augmentar la quota d'autonomia de la decisió. Com ja sabem, els processos de recuperació de la dona són molt llargs i es mesuren en anys. És per això que insistim en allò que el Document Operatiu de Violència Masclista i Immigració editat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (5) repeteix una i altra vegada, fins i tot en cas de violència greu: *"Evitar actuacions precipitades. El reconeixement de situacions de violència masclista per part de la dona pot comportar cert temps, i resulta especialment important respectar aquest temps per al procés vital de la dona. En alguns moments, la dona es pot mostrar poc perceptiva o permeable, així que realitzar actuacions de forma precipitada i sense el seu consentiment podria ser contraproductiu i debilitar o trencar el vincle de confiança establert"*.

La metgessa, després de valorar el risc, accepta aplaçar la denúncia, amb el compromís de que la pacient mantingui el contacte, amb la intenció que es clarifiqui el seu objectiu i trobi les eines necessàries per dur-lo a terme: Protegir el nadó, aconseguir independència econòmica, habitatge segur, denunciar, separar-se,...

No informar a la justícia i deixar la dona i les seves criatures en mans de l'agressor: La denúncia fa possible que la justícia actuï contra l'agressor i a favor de la dona i dels infants. Aquest és l'argument que sosté l'obligatorietat moral i legal d'informar. No n'hi ha prou en estar atents a l'aspecte assistencial, per exemple a unes lesions sospitoses o a d'altres presentacions del maltractament en absència de signes físics, també cal tenir present que la nostra comunicació a la justícia pot aturar l'agressor.

³ Parlem també de l'assistència com a procés al capítol d'aquest mateix document "Quan maltractador i víctima són pacients de la mateixa consulta". La idea de procés està implícita en els models interpretatiu i deliberatiu de la relació professional-pacient proposats per Emanuel EJ i Emanuel LI. en 1992. (4)

No comunicar-ho a la justícia i reforçar la invisibilitat de la dona, més si és immigrant: El maltractament a la dona s'empara en un concepte d'intimitat que oposa allò públic a allò privat. D'aquesta manera les relacions intrafamiliars queden a resguard de la intromissió pública, tant si són funcionals com disfuncionals, tant si s'estableixen per acord com si ho fan per imposició. Això ha fet que les relacions de parella basades en la submissió de la dona es consideressin una qüestió privada.

Ja fa unes quantes dècades que el feminisme va afirmar que "allò personal és polític". Des de llavors i seguint aquesta direcció, hem anat canviant la mirada i hem après que la desigualtat estructural en la relació de parella fa a la dona molt vulnerable a l'abús, que cal acotar l'abast de la intimitat perquè no es giri contra la dona. En nom de la intimitat no es pot posar en entredit la llibertat de la dona o la seva integritat física o psicològica. Per tant, cal treballar perquè la llar sigui, a més d'una empara per a la intimitat, un lloc sempre segur per la dona. Apuntem – com diem a l'annex 2 d'aquest mateix document: "El posicionament personal en relació a la violència: la violència estructural" - que cal modificar l'estructura de les relacions per muntar-les amb un codi que no inclogui la violència.

En el cas de la dona immigrant i, en general, quan es donin situacions desfavorables que augmentin la dependència i la vulnerabilitat, hi ha diversos factors que s'influenciaran entre sí per reforçar la seva invisibilitat: La dependència econòmica, les poques possibilitats de contacte amb l'exterior (per la monopolització del telèfon per part del marit, per la restricció dels desplaçaments fora del domicili), les escasses relacions socials i familiars a les que té accés, el menor coneixement de la llengua respecte del marit segons la procedència de la parella, valors associats a la cultura d'origen que no sempre troben equivalent en els de la cultura receptora (associats a la maternitat, jerarquia, estructura de la família, fidelitats entre el grup d'origen, ...). A més, tots aquests factors poden dificultar la comprensió i el maneig de la situació de violència i així limitar la nostra eficàcia.

El comunicat a la justícia, que permet fer socialment visible la violència en la relació, pot ser especialment beneficent en el context de la immigració.

2. Por del que ens pugui passar a nosaltres

Fins aquí els riscos que comporta per a la dona el fet d'informar a la justícia quan la dona ens demana de no fer-ho. Però a nosaltres, professionals, què ens fa por que ens passi?

Que se'ns acusi de no haver informat: No informar és arriscat. Si es produeix una agressió després d'haver decidit abstenir-nos d'informar, se'ns podrien demanar responsabilitats legals. Però nosaltres haurem pres la decisió perquè hem trobat que el benefici que preveiem per a la pacient era suficient per córrer el risc. En realitat estem constantment fent valoracions d'aquest tipus a la nostra feina: Quan atenem pacients amb astènia, o amb parestèsies o amb un dolor toràcic les decisions resultants són probablement correctes o probablement incorrectes, no tenim certeses. Per tant, les dificultats en la valoració del risc, són les dificultats d'establir un pronòstic.

Per això és imprescindible explicar i justificar les nostres decisions a la història clínica, especialment si hem decidit no informar la justícia o bé hem ajornat el comunicat perquè creiem que no té sentit des del punt de vista assistencial (1). Entenem com a assistència tot el procés d'ajuda que el o la professional estableix amb la dona.

D'altra banda, el comunicat de lesions que se segueix d'una agressió a la dona, per molt que s'hagi fet després d'una valoració adequada i de l'oportuna reflexió, fa plantejar-nos la pregunta de si ho hem fet bé, de si vam fer el millor per a la pacient. Haver actuat conforme a la llei no ens eximeix de responsabilitat moral. Les reflexions anteriors sobre la dificultat del pronòstic i el risc que comporta ens semblen igualment pertinents.

La por a veure'ns involucrats en un judici: Imaginar veure'ns immersos en un procés judicial i tot el que això comporta (haver de declarar, la possibilitat d'haver de enfrontar-nos a l'agressor, de que es qüestioni la nostra actuació,...) pot ser un destorb per comunicar o informar. Tot i això, la por als procediments judicials no justifica la nostra inhibició.

La por al maltractador: Tot i que la majoria d'homes que maltracten només són violents en les relacions familiars, alguns d'ells també ho són en altres relacions socials. La relació professional amb el maltractador pot ser difícil,

en particular quan, tractant-se de la consulta d'una metgessa, el maltractador adopta formes de relació masclista cap a ella. En l'extrem, no són una raresa les amenaces adreçades al personal assistencial, tant femení com masculí, per part de l'home que maltracta.

El nostre nom figura en informes, en comunicats de lesions, etc. que la víctima farà servir contra l'agressor si hi ha judici i que aquest tard o d'hora coneixerà. I a més es dona la circumstància que sovint som alhora metgesses o metges de la víctima i del maltractador. D'altra banda, en els àmbits sanitari, del treball social, etc. en molts casos no es compta amb mesures de seguretat suficients.

MÉS ENLLÀ DEL CONFLICTE: EL PROCÉS, L'AUGMENT DE LA RELACIÓ ENTRE INSTITUCIONS I LA RECERCA

El conflicte que hem esmentat, que cal informar però tenim arguments per no fer-ho, plantejat de la manera dicotòmica com ho hem fet fins ara, pot ser útil per a l'anàlisi o amb finalitat didàctica però no ens permet anar més enllà. A més, i de fet com passa sovint amb els arguments polaritzats, es jerarquitzen: la llei acaba tenint gairebé tot el protagonisme i deixa l'assistència desvalguda en els seus arguments, que semblen d'un valor inferior. En l'Annex 1 es tracta aquesta qüestió dins de l'anàlisi dels motius pels quals el nivell assistencial i el jurídic entren en conflicte.

Per això proposem ampliar la mirada del problema esmentat, sortir de la dicotomia i de les posicions enfrontades i iniciar la idea de procés.

1. La idea de procés

Fonaments. La llei ens obliga a comunicar les situacions de violència però també a atendre la dona: De vegades el temps de l'assistència i el de la llei no són el mateixos i hem d'acomplir amb tots dos.

El document operatiu ja esmentat (5) adverteix del risc de prendre decisions precipitades. I ho fa reiteradament en cada una de les opcions, remarquant així que cal respectar el temps de l'assistència i el temps de la dona.

El Codi Deontològic del CCMC del 2005, esmentat més amunt, es mou en sintonia amb la idea de procés al dir que el deure de denunciar s'ha d'acomplir *"un cop s'asseguri en la mesura del possible la protecció de la víctima"* (2).

Les i els professionals de diferents nivells i recursos assistencials que opten majoritàriament per la cautela en la informació a la justícia sense el consentiment de la dona, no ho fan habitualment moguts per la por sinó des de l'experiència professional.

El temps. La llei diu que hem de comunicar les situacions de violència de gènere, però – fora de la presència de lesions- no precisa quan. I atès que en la mateixa llei se'ns demana que no deixem d'assistir la víctima, cal entendre que iniciem un procés on els objectius seran diversos: alguns de caire clínic, d'altres de caire social, altres jurídics, altres assistencials. Acomplir els objectius voldrà temps i un projecte: un procés.

La responsabilitat amb la llei i amb l'atenció a les dones en situació de violència no es mesura per una única decisió presa de manera heroica, solitària i urgent. Són molts actes clínics i assistencials sumats els que perfilen la responsabilitat del metge o de la metgessa vers la violència de gènere.

Quan diem que la responsabilitat amb la justícia és un procés, no volem reduir aquesta responsabilitat, tampoc exactament augmentar-la, sinó fer-la més ajustada a la realitat de la nostra feina i de la nostra relació d'ajuda.

Molts processos mèdics són multidisciplinaris. Devem al model biopsicosocial tenir present aquesta realitat de manera més quotidiana. Ara bé, si hi ha una realitat emblemàtica de la necessitat d'interdisciplinarietat aquesta és la violència de gènere. S'ha insistit en la necessitat de compartir informació, delimitar responsabilitats, coordinar tractaments...També la justícia agraeix informes multidisciplinaris que donin una mirada àmplia sobre el problema. Però res de tot això és fàcil ni ràpid. El treball en equip requereix temps i dedicació.

Recordem que hem de tenir molta cura que els diferents serveis i recursos per a l'assistència a dones en situació de violència no esdevinguin un lloc on "centrifuguem" la dona: El treball en xarxa ha de voler dir que els diferents agents actuen de forma coordinada i no – com de vegades les dones en

situació de violència es queixen- que la dona faci un pelegrinatge per tota la xarxa assistencial.

La metgessa es posa en contacte amb la ginecòloga i amb la treballadora social amb l'acord de Maria, per tal d'estar atents al risc de l'embaràs, a l'aparició de noves agressions i a la millora de les mancances de suport social. Des de Treball Social se li ofereixen recursos específics per a dones en situació de maltractament.

Acceleradors del procés. La presa de decisions raonades i compartides vol temps, però hi ha circumstàncies que poden obligar a prendre decisions ràpides. Són el que anomenem acceleradors del procés. Aquestes circumstàncies poden tenir relació amb la dona, el moment de la violència, l'agressor, les persones que envolten la dona i també amb el propi recurs assistencial.

Taula 1: Acceleradors del procés de decisió

Aïllament social: Totes les circumstàncies que s'associen a aïllament social augmenten el perill de violència greu.

Alguna incapacitat mental en la dona que la faci incapaç de valorar o informar de la gravetat de la situació (Caldrà valorar la competència de la pacient).

Maltractament amb victimització molt important en la qual hi ha gran dificultat en identificar la violència greu per part de la dona.

Informació procedent d'altres institucions que aportin dades de gravetat (serveis socials, escolars, altres serveis de salut,...)

Atenció en Serveis d'Urgències: El risc/benefici en aquests dispositius assistencials es decanta cap a comunicar sense demora atès que no solen tenir possibilitats de realitzar el seguiment.

La presència de menors o altres persones dependents en risc. Les dades de mortalitat en violència de gènere^a ens recorden que, malauradament sovint, els assassinats de les dones s'acompanyen d'assassinats de fills i filles i d'altres convivents.

Aquelles que així ho semblin després d'una valoració clínica. (Valoració del risc desfavorable, augment de la patologia relacionada o de la seva gravetat, etc. Indicadors de perill. L'avaluació del perill en la consulta és una tasca de gran importància. Hi ha indicadors recollits en diferents textos^b que permeten avaluar el perill de la situació que estem atenent.

(a) Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, Femicidios de pareja: Disponible a:
<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 a:
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 a:
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 a:
<http://w3.bcn.cat/fitxers/dona/rvdbcncatalaperinternetdefinitiu8febrer20121.421.pdf>

La idea de procés que es proposa aquí no va, gens ni mica, contra la informació a justícia, va contra fer-ho de manera precipitada sense aconseguir l'acord de la dona i arriscant el treball assistencial. Respondre davant la justícia i alhora continuar atenent la dona han de ser realitats possibles en l'assistència.

Dies després la metgessa constata que no hi ha canvis en el propòsit de la dona i davant la situació de vulnerabilitat en els propers mesos i el risc per al nadó, parla amb ella, li explica quines són les seves obligacions com a professional cap a la llei i li diu que farà un informe al jutjat.

La Maria es canvia de metgessa i de centre de salut.

2. Propostes de futur

Augmentar els espais de relació entre institucions. Les institucions sovint són endogàmiques. La manca de relació amb els altres ens fa viure'ls amb una distància que fàcilment es torna hostilitat. La manca de comprensió de les seves disciplines i procediments en poden fer sentir sols en la nostra veritat més coneguda i segura, en els nostres llenguatges -sovint críptics- específics.

Ens calen espais de relació amb les diferents instàncies judicials (magistratura, fiscalia, oficina d'atenció a la víctima, responsables de presons) per establir diàlegs en els quals pugui fructificar més enllà de la informació, la comprensió. Més enllà de la dificultat, la cerca comuna de solucions.

Ens cal també circuits establerts i *feed-back* amb la fiscalia i en general amb la judicatura per saber què ha passat amb les nostres pacients, per conèixer les ordres d'allunyament que ens afecten, i per aclarir quins circuits són més efectius per fer arribar la informació a la justícia, entre d'altres.

És cert que sovint són les persones particulars les que són capaces de sortir del seu àmbit particular i cal reconèixer l'esforç d'alguns i algunes professionals de la justícia per apropar-se a la realitat assistencial, però hi ha també una gran responsabilitat institucional en fer possibles i atractius, professionalment parlant, aquests encontres. Cal reconèixer tanmateix que fins ara els circuits i protocols no han pogut propiciar un diàleg eficaç entre professionals.

Recerca. Ens manca molt coneixement. Hi ha poques dades que avalin quin tipus d'intervenció o quins professionals o quines estratègies són més eficients en la protecció de la dona i les persones que en són dependents. Aquest tipus de recerca mostra dificultats que no poden ser analitzades en aquest text, però tot i les dificultats resulta imprescindible per predir i avaluar la nostra tasca. No sabem si els casos comunicats a justícia difereixen dels que no ho són, si el resultat jurídic i mèdic és comparable en un grup i l'altre, si hi ha serveis o modalitats d'atenció que resulten molt diferents a l'adoptar unes mesures o unes altres, en resum falta una anàlisi de les variables relacionades amb el comunicat a la justícia i de les conseqüències a curt, mig i llarg termini.

II. QUAN MALTRACTADOR I VÍCTIMA SÓN PACIENTS DE LA MATEIXA CONSULTA

En els inicis de l'elaboració d'aquest capítol se'ns va fer notar que les dificultats derivades de l'atenció a la víctima i a l'agressor a la mateixa consulta les centràvem només en l'agressor i n'excloïem la víctima. És a dir que la dona sortia de l'enfoc⁴. D'altra banda l'atenció a l'home que maltracta encara està poc desenvolupada. Tan poc desenvolupada que podríem dir que al maltractador el considerem al marge de l'activitat assistencial, ja que sempre fem l'abordatge de la dona. Estem doncs en tensió entre el risc d'invisibilitzar la dona si queda fora d'escena al fer entrar l'home, i el risc de revictimitzar-la si considerem assistencialment intocable l'home. Com incloure l'atenció a l'agressor en la nostra mirada assistencial, sense per això revictimitzar la dona, és un dels reptes d'aquest document.

CAS CLÍNIC:

La Rosa és una dona de 59 anys, atesa a la consulta des de fa 15 anys, casada, amb 2 fills i una filla entre 20 i 30 anys que encara viuen a casa. Treballa en la neteja. Entre els seus antecedents mèdics destaquen migranya i artrosi de maluc. El seu marit, Artur, és un home de 61 anys que treballa de taxista, exfumador, amb antecedents d'HTA, obesitat i consum excessiu d'alcohol.

En una visita a soles amb la seva metgessa, la Rosa consulta per sequedat vaginal i diu que, en realitat, "no vol tenir relacions sexuals". Parla confidencialment del seu marit, home amb addició al joc ("fa un any va gastar els estalvis que ella havia guardat i se'n van assabentar els fills i la família") i promiscuïtat sexual ja "des del primer embaràs". El defineix com un home brut i descuidat, però "molt treballador i bon pare". Sent ràbia, solitud i fàstic, però també pena pel seu marit, a qui no es planteja deixar. La metgessa identifica maltractament psicològic, sexual i econòmic per part del marit, però s'adona que a la Rosa li costa identificar l'abús; també detecta molt patiment emocional per part de la pacient i risc de patir malalties de transmissió sexual, i parla amb ella de tot això. Més tard, revisa la història de la Rosa i constata ansietat, que havia relacionat amb la feina; i una consulta per sagnat perineal 6 anys

⁴ Agraïm a Beatriu Macià aquest comentari que tant ens ha ajudat a trobar un punt de vista adequat des del qual el laborar no només el capítol sinó tot el document.

abans, amb ferides en introït vaginal, i derivació a ginecologia (la pacient negava relacions sexuals en els 15 dies previs).

Un mes més tard, l'Artur consulta per disfunció erèctil i pregunta si pot prendre Viagra® (sildenafil). Davant d'aquesta consulta la metgessa se sent en un conflicte de lleialtats, té por que augmenti l'abús i el risc de la dona, i dubta de com utilitzar la informació que té en benefici dels dos, guardant la confidencialitat deguda a tots dos. Finalment, li recepta sildenafil i parla dels canvis en les relacions sexuals amb el temps i de la importància de valorar també el desig de la dona.

Dos mesos més tard, en una visita amb la Rosa per un altre motiu, torna a parlar amb ella de la relació amb el seu marit. La pacient sembla conscient d'abús econòmic i sexual, assegura utilitzar preservatiu a les relacions sexuals i nega maltractament físic; parlen de la sensació de culpabilitat per la manca de desig i de l'ansietat. La metgessa intenta fer-li veure les implicacions de ser metgessa d'ella i del seu marit alhora i insisteix en la preservació de la confidencialitat i en el propòsit d'actuar en benefici dels dos.

INTRODUCCIÓ

En la pràctica de la medicina de família és molt comú tenir informació de l'esfera biopsicosocial de diferents membres d'una família. Sovint això representa un avantatge i ajuda a atendre millor els diferents membres. De vegades, com en l'exemple que proposem, la metgessa disposa d'una informació que genera emocions que poden dificultar la presa de decisions.

En el cas que presentem la professional pot tenir dubtes sobre la idoneïtat de prescriure sildenafil que es podrien resumir dient:

- Fer-li la recepta, contribuirà a perjudicar la seva dona, a facilitar una agressió sexual o a un augment del risc de malaltia de transmissió sexual?
- No fer-li la recepta, pot perjudicar el pacient? La informació que ens ha donat la dona és confidencial: Com li argumentem doncs els nostres dubtes al maltractador?

Hem plantejat un conflicte ètic molt concret - li faig o no li faig la recepta - però aquest és només un aspecte entre totes les dificultats que poden aparèixer en l'assistència a la mateixa consulta de la víctima i de l'home que la maltracta. Per abordar aquests conflictes farem servir el següent esquema:

1. Reconsiderar la relació professional-pacient.
2. El recurs als principis ètics.
3. L'assistència com a procés. L'abordatge de l'home que maltracta.
4. Altres aspectes.

RECONSIDERAR LA RELACIÓ PROFESSIONAL-PACIENT

És ben sabut que l'empatia és essencial en la relació professional-pacient. L'empatia, en sentit tècnic⁵, ens posa en situació de comprendre i compartir els objectius vitals del pacient i en aquest sentit fonamenta, per exemple, la seva autonomia, l'actuació guiada per la beneficència i el respecte al valor de lleialtat cap al pacient.

Ara bé, empatitzar amb un home que agredeix la seva parella no és fàcil. En el tracte assistencial amb el maltractador hi poden aparèixer sentiments de rebuig, de desgrat, eventualment la sensació que d'alguna manera traïm la víctima al atendre'l a ell, o al menys que en sentim qüestionada la nostra lleialtat. Entenem que considerar alhora aquest rebuig i la necessitat professional d'establir una relació empàtica amb un pacient, sigui qui sigui, contribueix a situar la dificultat de l'atenció a l'home que maltracta i la seva parella, en el terreny ètic i en el terreny emocional:

La dificultat d'empatitzar amb pacients que realitzen activats delictives, especialment si són contra les persones. Aquesta dificultat pot impregnar la relació en grau variable i representar un obstacle només en qüestions relacionades amb el maltractament, o be condicionar en general la relació professional cap al maltractador. No estem parlant aquí de la por al

⁵ L'empatia, en la seva versió més simple, equival a "sintonia" i és el significat d'ús més corrent entre els professionals sanitaris no dedicats a la salut mental. Així ho recull el Diccionario terminológico de las ciencias médicas (6): "Grado de sintonía afectiva con las demás personas y ambiente circundante". En aquest document, però, utilitzarem empatia en sentit tècnic, segons la descripció de C.Rogers (7): "Sentir el món privat del client com si fos el propi, però sense perdre mai la qualitat de "com si" – això és empatia, i sembla essencial en la nostra teràpia. Sentir la seva ira, por o confusió com si fos pròpia, però sense que la nostra ira, por o confusió s'hi involucri, és la condició que estem procurant descriure."

maltractador per part del metge o la metgessa , que en ocasions pot aparèixer i que es tracta en el capítol anterior⁶.

La dificultat d'empatitzar amb pacients que són violents amb altres pacients de la nostra consulta. Som metges o metgesses alhora de qui maltracta i de qui rep el maltractament i, per tant, és molt difícil mantenir-nos propers simultàniament a l'agressor i a l'agredida, atendre'ls i comprendre'ls sense abandonar-los a cap dels dos.

Aquestes dificultats apareixen també en diverses formes de violència familiar com la violència contra l'infant o l'adolescent i la violència vers la gent gran. Tot i que pot presentar-se també en altres àmbits assistencials, com els Centres d'atenció a les drogodependències, ens sembla una dificultat molt patent a l'atenció primària.

El deure de confidencialitat fa que no puguem posar damunt la taula el nucli de la qüestió, és a dir, que tenim informació referent al pacient que ell no ens ha donat i de la qual no en podem parlar amb ell, perquè la informació prové de la seva parella que també és pacient nostra. Si en parléssim amb l'agressor vulneraríem la confidencialitat de la informació de la dona maltractada, i a més, sabem que aquest fet podria desencadenar una agressió. Seria per tant una actuació maleficient.

Per la banda de l'agressor, en cas que penséssim en no accedir a la demanda que ens fa, no li podem justificar les nostres decisions que semblarien arbitràries. Menystindríem l'autonomia i - pel fet de no tractar-lo com a qualsevol altre pacient a qui li donaríem informació clara i comprensible d'una negativa - també la justícia.

⁶ Hem esmentat la por al maltractador per part del personal sanitari al capítol "Què cal fer quan la dona no vol denunciar", dins l'apartat "Por del que ens pugui passar a nosaltres".

La possibilitat de canviar de metge a l'agressor. Malgrat la ferma obligació de no abandonar el pacient(8), la situació es pot fer insostenible des del punt de vista professional. Hi ha llavors la possibilitat de sol·licitar que l'agressor sigui atès per un altre professional. La decisió del canvi originada en el propi professional i que no depèn d'una ordre d'allunyament podria plantejar-se si el o la professional es veïés incapaç de prestar una atenció adequada a algun dels membres de la parella o bé si l'atenció als dos membres de la parella pogués perjudicar a algun d'ells.

Cal fer tot el possible perquè la decisió no perjudiqui l'agressor.

Cal fer tot el possible perquè la dona agredida pugui decidir si segueix sent atesa per la mateixa persona que atén la seva parella, en cas contrari també se li facilitaria un canvi de professional.

Finalment caldrà reflexionar sobre el fet que la violència masclista a dins de la parella no s'entén bé si es considera com qualsevol altre delictes, on l'agressor i la víctima moltes vegades no tenen una relació personal i menys encara una relació íntima. En el cas de la violència de gènere, la parella comparteix la violència però també moltes altres coses: casa, fills i filles, projectes vitals, també metge o metgessa, i tot això segueix vigent mentre succeeix la situació de maltractament.

EL RECURS ALS PRINCIPIS ÈTICS

Els principis ètics aplicats a la prescripció de sildenafil a un home que maltracta la seva dona, tenen la següent expressió esquemàtica:

Taula 2 : Efectes de la prescripció de sildenafil en relació als diferents principis ètics segons si es tracta de l'home que maltracta o de la dona maltractada

	Del maltractador	De la víctima
Sobre l'Autonomia	Positiu: Afavoreix que el pacient pugui decidir amb coneixement de causa i sense coerció com millorar el seu rendiment sexual.	Negatiu: <i>Podria haver-hi imposició de les relacions sexuals per l'ús del fàrmac?</i>
Sobre la Beneficència	Positiu: Afavoreix que el pacient pugui gaudir d'unes relacions sexuals satisfactòries.	Negatiu*: <i>Podria ser que les relacions sexuals esdevinguessin menys satisfactòries per la dona?</i>
Sobre la No maleficència	Positiu: Contribueix a evitar els perjudicis d'una disfunció sexual reiterada.	Negatiu**: <i>Podria contribuir a l'aparició de perjudicis físics i psíquics per a unes relacions que sabem no desitjades?</i>
Sobre la Justícia	Positiu: Tracta l'agressor com un altre pacient en la mateixa situació.	<i>Atès que aquest principi protegeix també els drets de tercers, és l'únic que permet tenir en compte l'interès de la dona a l'hora de prescriure a la seva parella.</i>

* Cal tenir en compte que les relacions sexuals en un context de violència poden ser instrument de maltractament.

** Els efectes sobre la víctima són suposicions que creen conflicte en el professional però sobre les quals no en tenim cap certesa (per exemple, no sabem amb qui farà servir el sildenafil). Per això, caldria que la valoració del risc d'agressió resultés molt desfavorable per que es donés entrada a aquest principi i, aleshores, caldria considerar també la conveniència d'un informe adreçat al jutge.

L'ASSISTÈNCIA COM A PROCÉS. L'ABORDATGE DE L'HOME QUE MALTRACTA

Des de la medicina de família, fins ara, no s'havia contemplat l'atenció de l'home que maltracta i, a més, és poc freqüent que el pacient que maltracta reconegui el maltractament que exerceix. Ara bé, cada vegada més, trobem que alguns homes, bé induïts per ells mateixos o bé per les seves dones, demanen ajut de manera implícita i difusa (a propòsit de nervis, de discussions, etc.) per un malestar que està relacionat amb la violència que exerceixen sobre la parella⁷.

En relació a com establir una relació empàtica amb l'home que maltracta, en l'ANNEX 2 fem una proposta basada en el caràcter estructural de la violència.

Abordar l'home⁸, no eludir el problema, "estirar el fil", parlar amb ell, indagar en la demanda per veure cap on va dirigida i per fer del seu relat la detecció de si està exercint violència és, avui per avui, un repte que des de l'assistència primària cada vegada és més necessari recollir. Tot això, essent conscients de les nostres limitacions i capacitació en la relació d'ajuda a l'home que maltracta, per tractar-lo i/o derivar-lo a recursos especialitzats.

En aquest terreny i dins el marc de la reflexió sobre la necessitat de l'abordatge de l'home que maltracta, cal considerar les iniciatives dirigides al fet que el maltractador qüestionï la seva posició ("els drets que jo tinc els nego a la meua parella"), o al menys a no consolidar-la. I fer-ho sense haver de traïr la confiança de la víctima i sense posar-la a ella mateixa en perill.

Reconèixer la violència de la qual un és actor sabem que no és cosa fàcil. Cal aprofitar les consultes mèdiques per altres motius, així com el malestar que hem descrit més amunt, per plantejar una atenció al llarg del temps. És possible que el pacient insisteixi en les dificultats immediates que motiven la demanda i, per tant, que l'intent del metge o de la metgessa per desmarcar-se de la demanda immediata estricta quedi en res. Per això, cal insistir en la

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

⁸ La necessitat d'enfocar l'home agressor per així deixar de parlar "del problema de la dona que pateix violència", tot i que sense cap referència a qüestions sanitàries es troba a Montero Gómez A. Reenfocar la antiviolència de gènere. El Correo: 18 de Julio 2007; opinió. Disponible a:
http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1188469885_antiviolenciadegenero.pdf

detecció sense por, com es va fer inicialment en la detecció de la dona que pateix maltractament. Amb la mateixa persistència i la mateixa delicadesa i cal, finalment, estudis que avalin l'eficàcia d'aquesta aposta.

ALTRES ASPECTES

Quan les ordres d'allunyament impliquen els centres de salut. Quan s'ha dictat una ordre d'allunyament les Administracions han de fer el possible per que l'allunyament sigui eficaç. Pot donar-se el cas que el Centre de Salut es trobi dins del perímetre establert i, per tant, que l'agressor pugui apropar-se a la víctima anant al Centre que ell té assignat. En aquest cas cal assignar-li d'ofici un altre Centre de Salut.⁹ Es respectarà, però, l'elecció de l'agressor si n'escull un que es trobi fora de la distància de l'allunyament establerta. Si l'usuari apareix al Centre se l'ha d'atendre només si es tracta d'una urgència, en cas contrari és convenient trucar als cossos policials pertinents (Mossos d'Esquadra en el cas de Catalunya).

Hi ha altres situacions que no estan resoltes: si l'home que maltracta és pare de menors que ell ha d'acompanyar a una visita mèdica al Centre de Salut corresponent, el seu deure com a pare entra en conflicte amb l'obediència a la sentència judicial i no correspon al centre de salut decidir quin dels dos deures té prioritat. Cal senyalar, a més, que el Centre de Salut sol assabentar-se de l'existència d'una ordre d'allunyament de manera casual sovint gràcies a la víctima o el seu entorn.

Dificultats en el registre de la condició d'agressor. Aquest punt es tracta a l'apartat "Problemes derivats dels registres creuats entre les històries clíniques de la víctima, l'agressor, els fills i filles, i altres convivents" del capítol "Violència de gènere: La necessitat dels registres, la dificultat dels registres".

⁹ Segons una consulta feta als serveis jurídics de l'Institut Català de la Salut (4 de Desembre del 2009).

III. VIOLÈNCIA DE GÈNERE: LA NECESSITAT DELS REGISTRES, LA DIFICULTAT DELS REGISTRES

CAS CLÍNIC:

La Paula, de 32 anys, va a la consulta de la seva metgessa de família. Inicia el seu relat amb dolències relatives a l'insomni i al cansament que atribueix a la seva feina de secretària de direcció. Durant l'entrevista apareix una separació recent d'una relació amb violència psíquica que continua tot i no viure junts: l'exparella l'amenaça amb prendre-li el fill, fer-li mal a ella, hi ha desqualificacions constants, negativa a les responsabilitats econòmiques relatives a la criatura, etc. Acaba la visita amb un acord que aquesta situació és al darrera dels símptomes i que potser no caldrà ni fàrmacs ni derivacions. La professional informa a la dona dels recursos que la poden ajudar i que, en part, la pacient ja coneix.

Dos anys després la pacient torna a la consulta acompanyada d'un home. Durant l'entrevista la metgessa observa com la dona mira amb sorpresa i posteriorment amb preocupació la pantalla de l'ordinador. El condicionant de salut de maltractament psíquic és al llistat de condicionants i problemes de manera ben visible. L'home també mira la pantalla.

La metgessa passa un moment d'inquietud, ja que no sap si l'acompanyant és o no el maltractador. La pacient pregunta de manera clara perquè consta aquesta informació allà. Se li explica els motius que fan important el registre dels problemes de salut. Ho entén però demana que aquella informació no sigui tan visible.

L'home, que és una nova parella, escolta amb sorpresa l'entrevista.

INTRODUCCIÓ

En aquest capítol tractarem sobretot el registre de tot allò que fa referència a la víctima ja que tot just som a les beceroles de l'abordatge de l'home que maltracta.

En l'àmbit sanitari s'acostuma a parlar del maltractament com d'un diagnòstic. Considerar-lo així facilita el seu registre i visibilitza el fet i la dona que el pateix. Però el maltractament, tot i que pot produir símptomes, patiment intens i finalment pot emmalaltir la dona, no és pròpiament una malaltia. Parlar del maltractament com d'un diagnòstic converteix la dona que pateix maltractament en una malalta. Això és medicalitzar el patiment i, en el cas de la violència de gènere, és una forma de victimització. Per això hem procurat parlar del maltractament com d'un condicionant de salut.

També s'ha argumentat que fóra més adient registrar les conseqüències per a la salut que el condicionant de salut: registraríem depressió major o intestí irritable, per exemple, en lloc de registrar maltractament. Fent-ho d'aquesta manera però, d'una banda queda invisibilitzada una situació que afecta la salut de la dona i de l'altra ens dificulta entendre patiments i patologies que tenen un mateix origen i que no sempre semblen relacionades. És per aquests motius i també per les repercussions legals i administratives que afectarien la dona, que alguns sistemes de codificació recomanen col·locar el maltractament com a condicionant de salut principal, com detallem a l'apartat "Sobre la codificació del condicionant de salut de maltractament", en aquest mateix capítol.

Pel que fa a les dades sanitàries, es consideren en el seu conjunt dades sensibles. Però hi ha determinada informació sanitària que si perd la qualitat de confidencial perjudicarà especialment la persona que n'és titular. En són exemples les malalties de transmissió sexual i, senyaladament, la sida; també les malalties psiquiàtriques, determinats hàbits tòxics, i d'altres. És el cas també del maltractament a la dona. Aquests problemes de salut tenen en comú:

- Que contenen aspectes de la intimitat més delicats encara que la majoria de dades sanitàries.
- Que, de maneres i en graus diversos, poden afectar terceres persones.
- Que la vulneració de la confidencialitat en la manipulació de les dades pot comportar en graus diversos l'estigmatització.

Aquestes conseqüències s'han de tenir presents quan la informació es registra a la història clínica i quan es transmet a d'altres professionals sanitaris o no. No es tracta d'abaixar la guàrdia quan no es tracta d'un problema de salut que pugui estigmatitzar, sinó de considerar la possibilitat d'estigmatització com una alerta que ens faci, d'una banda augmentar les precaucions i, per l'altra, compartir la qüestió amb la pacient, com direm més endavant.

Pel que fa al condicionant de salut de maltractament la importància específica de debatre quan, com i on es registra prové en bona part del fet que es tracta d'un condicionant associat a un delictes i que aquest delictes es fa visible per les repercussions sobre la salut de la dona que el pateix. El

registre d'aquest condicionant de salut pot afectar la seguretat de la dona, perquè depèn de com es faci pot arribar a coneixement del maltractador i facilitar, agreujar o desencadenar per sí mateix una agressió¹⁰.

D'altra banda, és un delictes que es comet en l'àmbit familiar, on sovint els seus membres comparteixen la informació referent a la salut. És més, en el nostre medi, tant professionalment com socialment, es considera "normal" compartir aquesta informació dins de la família, a diferència del que s'esdevé en altres entorns culturals.

El problema de la confidencialitat en relació al maltractament s'inscriu en un ambient de poca cura cap a la confidencialitat de la informació sanitària en general. Aquests i altres temes comuns ja ha estat tractats en els següents documents del Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC):

- *Dades clíniques en l'era electrònica.* (9)
- *Confidencialitat: El dret a la intimitat.* (10)
- *L'autonomia, el dret a decidir.* (11)

I també en el document del Grupo de Trabajo de Bioètica de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: *Informatización y confidencialidad de la historia clínica.* (12)

Els aspectes específics dels registres els hem agrupat en cinc eixos de reflexió:

- 1.- La tensió entre la necessitat de registrar, la visibilitat del condicionant de salut i la confidencialitat de les dades.
- 2.- Dificultats derivades dels registres creuats.
- 3.- L'obligatorietat de compartir informació entre administracions públiques segons la legislació catalana.
- 4.- Tot el que registrem com maltractament cal que ho comuniquem a la justícia?
- 5.- Els llistats de pacients que pateixen maltractament.

¹⁰ Cal recordar que les agressions apareixen sovint quan l'home que maltracta ha perdut esferes de control, per exemple quan la dona parla de la seva situació, quan consulta per problemes de salut relacionats amb el maltractament, quan denuncia, etc.

1. LA TENSIÓ ENTRE LA NECESSITAT DE REGISTRAR, LA VISIBILITAT DEL CONDICIONANT DE SALUT I LA CONFIDENCIALITAT DE LES DADES.

El **registre** d'allò que té lloc en la relació professional-pacient té una importància fonamental en el procés assistencial, també en el cas del maltractament. Abstenir-se de registrar no equival a actuar de manera neutral, sinó que dóna avantatge a l'home que maltracta com a mínim des del punt de vista legal (13), ja que assumeix que el que no es registra no existeix: no hi ha registre, no hi ha maltractament.

Els beneficis del registre en el cas del maltractament han estat ja considerats per altres autors i els enumerem a la [Taula 3](#). Pel que fa als inconvenients, el registre del maltractament participa de les mateixes dificultats que té l'ús del suport informàtic en la pràctica assistencial en general. Per tant la quantitat i el tipus d'informació que cal registrar són qüestions rellevants a considerar. A la Taula 4 hem recollit els quatre principis deontològics específics per al registre informàtic de dades sanitàries. Aquests es desenvolupen al document *Informatización y confidencialidad de la historia clínica* esmentat més amunt (12).

A més, el registre de maltractament comporta unes dificultats i unes conseqüències pròpies, com veurem més endavant.

Taula 3 :

Arguments per a un registre acurat del maltractament a la història clínica

Assegurar la continuïtat de l'atenció.
Facilitar la comunicació entre les diverses persones professionals que atenen la dona
Valor legal de la història clínica.
Millorar la nostra comprensió de l'impacte de la violència contra la dona (creació de nou coneixement).
Les dades recollides permeten justificar recomanacions clíniques basades en l'evidència.
Protecció legal del personal sanitari.
Permet obtenir dades que justifiquin la inversió en detecció, intervenció i serveis de suport.

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

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

Taula 4: Principis deontològics específics per al registre informàtic de dades sanitàries

Principi de sobrietat (pertinença):
D'acord amb aquest principi, els professionals sanitaris cal que es limitin a recollir i registrar allò estrictament necessari per assegurar una atenció mèdica de qualitat.
Principi de transparència:
És convenient actuar correctament, però també deixar veure que s'està actuant així, (...) Per això, el millor és que el pacient conegui quin tipus d'informació sobre la seva persona s'ha recollit, així com qui i sota quines condicions pot accedir-hi i/o hi accedeix.
Principi de responsabilitat:
Per una part implica que els professionals han de ser curosos i responsables en el maneig de les dades, tenint en compte les conseqüències que per als pacients poden tenir petites errades o oblits. Per l'altra, recorda que el treball en equip no s'ha de fer servir com a excusa per difuminar responsabilitats.
Principi de protecció universal:
Fa referència al fet que les mesures de seguretat per protegir les dades sanitàries cal que s'apliquin sempre, en tots els centres i per a tots els usuaris (també els professionals quan són pacients, per exemple).

Modificat i traduït 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 **visibilitat del condicionant de salut** es refereix a com n'estan d'exposats els diagnòstics i els condicionants de salut en suport informàtic a les mirades de persones alienes al procés assistencial.

Des del punt de vista d'una correcta relació assistencial, a fi de maximitzar el benefici per a la pacient i evitar perjudicar-la, cal que el condicionant de salut sigui ben visible. Ara bé, un condicionant de salut visible té els següents inconvenients greus:

- La pantalla de l'ordinador pot ser visible per als familiars o acompanyants, a més de per la pacient.
- Els volants de derivació, que solen recórrer nombrosos taulells i aniran a parar a la casa on hi ha l'agressor, poden contenir el condicionant de salut de maltractament sense que calgui.
- Altres especialitats mèdiques, mitjançant la història clínica compartida, poden accedir al condicionant de salut de maltractament que pot ser irrellevant per a l'assistència que han de prestar,...

Pel que fa a la **confidencialitat de les dades**, el caràcter particularment sensible del condicionant de salut de maltractament fa que sorgeixin dificultats per protegir la intimitat de la pacient i alhora proporcionar la millor assistència possible.

En tot cas, el marc cal que sigui l'actuació com a professionals en benefici de la pacient, evitant perjudicar-la i per a tot això tenir en compte el que ella prefereix. (14)

1.1. Sobre el condicionant de salut de maltractament

El maltractament té una gradació d'intensitats tal que les mateixes situacions es poden descriure de maneres ben diverses. Per exemple, allà on algú només hi veu actituds brusques, o bé gasiveria, un altre hi pot veure respectivament violència psíquica o control econòmic. Cal treballar a favor d'un consens suficient que és imprescindible en

el terreny de la comunicació entre professionals, del treball en xarxa, i d'altres.

Aquest és un tema que ens sembla de molt pes en la reflexió ètica sobre el maltractament i, encara més enllà, en la reflexió en general sobre el maltractament (en l'aspecte diagnòstic, de classificació, etc.) perquè sovint no sabem si parlem exactament del mateix. Ara bé, la dificultat en la precisió diagnòstica és compartida, per exemple, amb la majoria de diagnòstics psiquiàtrics.

1.2. Sobre la decisió de registrar

A la bibliografia consultada recomanen informar la dona del grau de confidencialitat del registre (on consta, qui ho veu, com s'utilitza) perquè la dona pugui decidir si vol que consti o no. També de les nostres obligacions legals sobre la confidencialitat (l'listats, història clínica compartida, documents per a l'atenció integral a la dona, etc.). (14,15)

Per la nostra part, proposem les següents reflexions:

- Registrar o no registrar el condicionant de salut:

Registrar: Amb el registre hi ha possibilitat de perjudicar la pacient. La vulneració de la confidencialitat és en si mateix un perjudici encara que no porti més conseqüències, ja que es tracta d'informació que pertany a la intimitat de la pacient. A més aquest fet pot facilitar tant l'estigmatització de la dona, com una agressió de la parella.

No registrar: Hi ha la possibilitat que es trenqui la continuïtat assistencial, en ser atesa per un professional diferent del que l'atén sempre, a més de la possibilitat, sempre present, de l'oblit de qui l'atén habitualment.

- Registrar el condicionant de salut precoçment o tardanament:

Registrar el condicionant de salut a l'inici, ve recolzat per l'intent de maximitzar la beneficència. Ara bé, afanyar-nos a incloure

un condicionant de salut sense el consentiment de la pacient tot just detectat el maltractament, pot ser viscut per la pacient com una imposició i, per tant, convertir-se en un instrument de victimització. Això pot succeir sobretot en dues situacions:

- La pacient sap que registrem i no comparteix la necessitat de registrar.
- La pacient sap que registrem i no és conscient de la situació de maltractament.

Esperar que la relació hagi avançat, i fer-ho amb l'acord de la dona, pot ser aconsellable fonamentant-nos en l'autonomia de la pacient.

- La dona no vol que la informació es registri:

Què passa si la dona demana que la informació proporcionada no consti a cap lloc? D'una banda, cal respectar la seva autonomia, és a dir, cal respectar fins on sigui possible les eventuais decisions derivades del fet que ella és la titular de la informació sanitària que li concerneix. D'altra banda, no incloure el condicionant de salut podria fer que no rebés la millor atenció possible i fins i tot posar-la en perill. Per tant, caldrà informar a la pacient de manera detallada de les possibles conseqüències, tenint en compte les condicions que regeixen per calibrar l'autonomia d'una decisió. Aquestes condicions són "(...) absència de coacció, capacitat per distingir entre diverses accions possibles, capacitat d'elecció i aptitud per defensar l'elecció en funció dels valors individualment triats." (11)

Si estem d'acord en el fet que la competència que ha de tenir la pacient ha de ser directament proporcional al risc que comporta la decisió que ha de prendre, de manera que a més risc potencial, major competència exigible¹¹; caldrà que ens preguntem si la pacient

¹¹ Aquesta idea és la que fonamenta l'anomenada escala mòbil de Drane per a la valoració de la capacitat. L'autor va proposar que com més risc tingués la decisió a prendre, més capacitat hauria de tenir la pacient. Així, en decisions de risc baix (per exemple, consentir el tractament amb antibiòtic d'una pneumònia extrahospitalària no complicada), amb un mínim de capacitat és suficient. En canvi, en decisions de risc elevat (renunciar al tractament de

és competent per prendre una decisió tan greu.¹² I és que les conseqüències per a la seguretat física de la dona poden ser importants. Per exemple, si no hi ha registre a la història clínica, un futur informe al jutjat serà molt menys contundent que si n'hi ha, i això pot influir en l'adopció o no de mesures d'allunyament de l'agressor per part del jutge.

Cal senyalar com n'és de difícil l'atenció a les nostres consultes d'una dona maltractada, en primer lloc pel poc temps disponible en una qüestió, la del maltractament, que en requereix molt de temps. Si hi afegim la voluntat que les decisions es prenguin amb informació suficient, és inevitable una certa sensació d'asfíxia.

Cal també tenir present que amb el consentiment informat s'ha produït un canvi pervers, i és que ha passat de ser l'instrument que fa possible el dret de la pacient a rebre informació per després poder prendre una decisió, a ser una obligació de la pacient per poder rebre un servei sanitari (típicament proves diagnòstiques invasives o bé operacions). Aquest fet, en el cas del maltractament, és especialment rellevant, ja que convertiria el consentiment informat en instrument de victimització de la dona per part del sistema sanitari.

Una qüestió que aporta un matís diferent és com incloure el condicionant de salut si la dona manifesta no sentir-se víctima de maltractament. És clar que caldrà sospesar la relació entre Beneficència-No maleficència i Autonomia, i si és un problema actual i clínicament rellevant probablement calgui incloure'l. En tot cas la qüestió no és si es registra o no, sinó en quin moment es fa: ajornar la decisió, tot i els riscos, pot ser una opció adequada com hem dit més amunt. Una altra possibilitat és fer servir l'apartat de les anotacions subjectives.

un nòdul pulmonar solitari, maligne i sense extensió local ni metastàsica) cal tenir un alt grau de capacitat per poder-la considerar una decisió autònoma. L'escala mòbil de Drane es troba exposada i discutida a Simón Lorda, P. El Consentimiento Informado, pag. 289-295. Per als significats de capacitat i competència, *Ibid.* 277 i ss. (16)

¹² Volem insistir en el fet que ens referim a la *competència* de la pacient en un sentit tècnic i l'utilitzem com a terme consagrat per l'ús. No menystenim la possibilitat que sigui utilitzat de manera impròpia com instrument de discriminació sexista o de victimització, aplicant-lo a totes les dones que pateixen maltractament, o d'altres maneres.

També cal tenir en compte la possibilitat d'anotar al curs clínic que la pacient refusa el registre d'informació personal, sense especificar quina.

La rellevància del condicionant de salut de maltractament pot variar al llarg del temps en funció de diverses circumstàncies. Hem de procurar no cronificar un condicionant de salut que potser ja ha caducat, com el cas de l'exemple. Queda per fer un consens suficientment ampli respecte a aquesta qüestió i especialment de quan ha finalitzat la violència i les seves conseqüències per a la salut.

Finalment pensem que tot el que hem considerat sota el títol de dificultats en la decisió de registrar, es beneficia de considerar el condicionant de salut no com un fet puntual, com una decisió que s'acompleix en un instant determinat, sinó com un procés que es desenvolupa en el temps.

1.3. Diferents possibilitats tècniques per registrar

Cal tenir present que els fulls de derivació en paper són documents a extingir. I també que la tendència és a la història clínica compartida, amb els greus problemes de confidencialitat que això comporta: tots els professionals sanitaris tindrien accés a tot el contingut de la història clínica.

Plantegem diverses possibilitats:

- Encriptar el condicionant de salut seria una bona solució, ja que evitaria "fugues" incontrolades d'informació i, per altra banda, tot l'equip pot conèixer el codi. És clar que si és l'únic condicionant de salut encriptat, no caldrà llegir-lo per saber que es tracta de maltractament, i així tindria l'efecte invers al que es buscava.
- Veure tota la informació a la pantalla de l'ordinador i que s'encripti en el moment d'imprimir (fent sortir només el codi numèric del condicionant de salut, però no el text, o de qualsevol altra manera,...), a més podria desencriptar-se

clicant al damunt. Té l'inconvenient que l'encriptació podria fer que alguna dona en sortís perjudicada si el metge que l'atengués (p ex d'urgències) no conegués el codi i això fos rellevant per a l'atenció. En algun cas l'encriptació pot no ser suficient, per exemple en dones que són professionals sanitaris.

- Opció d'escollir quina part de la història clínica ha de romandre confidencial, tot preguntant-li a la pacient si vol que així ho sigui en el moment de l'entrevista clínica.
- Probablement calgui mantenir com a no accessible les descripcions, actuacions, pactes amb la dona... que no tinguin interès fora de la consulta.

1.4. Sobre la codificació del condicionant de salut de maltractament

A l'Annex 3 es mostrem els codis relacionats amb el maltractament a la dona de les dues classificacions més habituals a l'atenció primària: la Classificació Internacional de Malalties 10^a revisió i la Classificació Internacional de l'Atenció Primària 2^a revisió. (17,18)

Cal tenir en compte que les guies de codificació desenvolupades per la CIM-9 recomanen que el maltractament es codifiqui sempre com el diagnòstic principal d'un ingrés o episodi quan aquest hi tingui relació i tots els altres com a diagnòstics secundaris independentment de la seva gravetat (19). En la situació actual, això afecta especialment a les visites d'urgències i hospitalàries. Cal destacar que codificar la violència com a condicionant principal té implicacions:

- al condicionant principal se li atribueix la responsabilitat de l'ingrés, i que sigui per violència té repercussions assistencials, científiques, econòmiques i polítiques.
- la recerca científica molt sovint només té en compte el condicionant principal o primari, i per tant garanteix la obtenció de dades.

2. PROBLEMES DERIVATS DELS REGISTRES CREUATS ENTRE LES HISTÒRIES CLÍNiques DE LA VÍCTIMA, L'AGRESSOR, ELS FILLS I FILLES, I ALTRES CONVIVENTS

En altres publicacions s'ha destacat com en són de contradictòries les recomanacions per al registre de la informació relativa al maltractament en les històries clíniques dels infants (15). És important que a la història clínica d'una criatura hi consti el maltractament a la seva mare, però cal tenir en compte que l'agressor, si és el pare, hi podrà accedir.¹³

El registre d'informació a la història clínica de l'home que maltracta també suscita reflexió:

- És discutible que un delictes, amb sentència ferma o sense, hagi de constar a la història clínica d'un pacient: En els sistemes de codificació utilitzats habitualment no hi ha codi assignat a la condició de maltractador. A més, és una dada que no ha estat transmesa per ell mateix .
- La decisió de incloure l'etiqueta de maltractador només si hi ha sentència judicial ferma, tal com aconsellen alguns experts, per bé que assegura la legalitat del registre, no resol els problemes ètics, ni el de la seguretat de la dona, ni el de l'atenció mèdica no discriminadora cap al marit¹⁴.

¹³ Cal tenir presents els següents fets: Un percentatge molt important de fills i filles de mares maltractades pateixen violència directa. Ser testimoni de la violència cap a la mare té conseqüències per a la salut de l'infant. Que consti maltractament a la mare a la història clínica del nen o nena, pot donar pistes al pediatre sobre la interpretació del seu malestar.

¹⁴ Potser rebutjaran la possibilitat, ni que sigui remota, d'una atenció menys acurada aquells professionals que creguin viable una atenció al pacient estrictament objectiva, sense interferències emocionals, per exemple. Hem tractat aquesta qüestió a l'apartat "Reconsiderar la relació professional-pacient" en el capítol "Quan maltractador i víctima són pacients de la mateixa consulta".

- Tot i que registrar la condició de maltractador pot beneficiar tant a la víctima (per exemple, evitant de donar-li informació a l'agressor) com a l'home que maltracta (alertant sobre la possibilitat de donar-li ajut professional específic), creiem que no són arguments suficients com per justificar la conveniència de registrar¹⁵.

En darrer lloc, la reflexió que hem fet sobre els nens i nenes es pot aplicar també a d'altres convivents, per exemple, gent gran a la mateixa llar.

3. L'OBLIGATORIETAT DE COMPARTIR INFORMACIÓ ENTRE ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES SEGONS LA LEGISLACIÓ CATALANA

La llei catalana 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, estableix en el seu article 78 sota l'epígraf "Cessió de dades":

"Les administracions públiques competents s'han de cedir mútuament les dades de caràcter personal necessàries, amb la finalitat de poder gestionar d'una manera adequada els serveis de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral i les prestacions econòmiques establertes per aquesta llei, i també d'altres que s'estableixin per llei, relacionades amb la violència masclista. A aquest efecte s'ha de crear un fitxer específic, que ha d'ésser regulat per reglament." (20)

Es parla de cedir mútuament la informació, però el que sol passar és que hi ha entorns que sobretot cedeixen informació (per exemple, l'entorn sanitari) i d'altres que sobretot en reben (per exemple, l'entorn

¹⁵ El fet d'atendre el maltractament a través de la víctima genera un desequilibri entre allò que s'espera conèixer i allò que cal fer en una i altre: respecte a la dona, registrem, derivem, li demanem que denunciï, li demanem que compregui, que accepti la decisió,... però no hi ha demandes comparables en el cas de l'home que maltracta. No podem aprofundir en aquest aspecte, que tanmateix podria obligar a modificar aquest text.

judicial, o policial). Els fluxos d'informació, doncs, són clarament asimètrics i sovint totalment unidireccionals.

En el supòsit que, com a professionals de la salut, se'ns reclamin aquestes dades des del punt de vista ètic cal considerar:

- El caràcter obligatori de la cessió de les dades.
- La indeterminació d'aquestes. Només explícita que siguin "necessàries" sense especificar quines.
- L'amplitud de "els serveis de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral i les prestacions econòmiques" que indica.
- L'existència d'un fitxer específic (tema que tractarem en l'últim punt).

A l'imperatiu legal s'hi afegeix el treball en xarxa de les institucions, potser no generalitzat, però sí molt impulsat a diferents nivells i amb avantatges indubtables en molts aspectes. Per exemple, aconseguir que la informació circuli de manera fluida fa que la víctima no hagi de repetir el mateix relat cada vegada que és atesa per un estament professional o una institució diferent, alhora que pot reduir el pelegrinatge de la dona per les institucions. Però la possibilitat de fugues en la informació i la possibilitat subsegüent d'estigmatització és un risc que cal limitar. Risc que és especialment gran en comunitats petites i també quan la dona maltractada és personal sanitari.

El control de la informació és, doncs, un repte. L'altre és informar adequadament la dona i que hi doni el seu consentiment. El conflicte apareixerà si la pacient s'oposa al fet que la informació circuli per aquesta xarxa. Com hem dit més amunt cal considerar la possibilitat de deixar alguna anotació al curs clínic del fet que la pacient refusa el registre d'informació personal, sense especificar quina.

4. TOT EL QUE REGISTREM COM A MALTRACTAMENT CAL QUE HO COMUNIQUEM A LA JUSTÍCIA?

És sabut que com a professionals tenim l'obligació legal de comunicar a la justícia qualsevol situació de maltractament que assistim. A més, la denúncia té conseqüències positives per a la dona: Permet iniciar accions legals per a protegir-la de noves agressions, per obtenir ajuts i assistència per sortir del cercle de la violència, suport per mantenir el lloc de treball o per aconseguir autonomia econòmica, etc. Fins i tot si no s'inicien, la denúncia pot constar com a antecedent i farà que en una propera agressió l'actitud de la justícia sigui més contundent.

Però hi ha una sèrie de situacions en que des del punt de vista mèdic no hi veiem avantatges per a la pacient en el fet de informar la justícia o hi veiem més perjudicis que beneficis. Per tant, la reflexió d'aquest punt se situa, no en el terreny de l'autonomia, com en el cas exposat en el capítol d'aquest mateix document *Què cal fer quan la dona no vol denunciar*, sinó en el de la beneficència.

Per exemple, en el cas d'una parella de gent gran que viuen de la pensió del marit, on hi va haver maltractament que va durar molts anys però que també fa molts anys que va desaparèixer la violència física, on a l'actualitat hi ha actituds de domini per part d'ell que es pot considerar maltractament psíquic i una certa victimització per part d'ella, però s'ha arribat a un cert equilibri en la relació de la parella i on la dona gaudeix de la cura dels nets, manifesta estimar el seu marit i de cap manera vol denunciar. Té sentit fer arribar a la justícia aquesta situació?

En moltes de les relacions on hi ha maltractament psíquic no sever, se'ns presenten dubtes sobre si tramitar els fets per la via penal és el millor per a la pacient. No perquè pensem que aquesta violència sigui acceptable en algun grau, que no ho és en absolut, i a més té – no ho oblidem – conseqüències per a la salut. És que aquests fets succeeixen en la intimitat, sovint sense testimonis. Si l'aliança del metge o metgessa amb la dona no és extraordinàriament forta, és fàcil que la dona es faci enrere.

És clar que des del punt de vista jurídic s'ha fet el que calia fer. Però des de l'òptica sanitària el procés assistencial haurà quedat interromput per una retirada de la dona i, per tant, caldrà començar de nou si és que l'objectiu és ajudar la pacient a sortir del cercle de la violència. És a dir, s'ha acomplert un objectiu jurídic, no tots. Però des del punt de vista sanitari hem perdut la feina feta per no guanyar-hi res.

Per altra banda, i en relació a la gradació d'intensitats del condicionant de salut de maltractament que comentàvem més amunt, hi ha per part de moltíssims homes, actituds masclistes molt subtils però identificables (Luís Bonino parla de "micromasclismes", com comentem a l'Annex 2) que generen malestar i disfunció, però on difícilment es pot parlar de violència com no sigui en el sentit estructural que proposa l'autor esmentat. Aleshores, és beneficiós per a la pacient informar a la justícia?

En l'arrel d'aquesta discordança hi ha, entre d'altres, una qüestió terminològica: Fem servir les mateixes paraules per parlar de conceptes – per exemple la violència contra la dona – que no són idèntics des del dret que des de la medicina. I és que el Dret i la Medicina són camps del saber diferents, però també allunyats.¹⁶ Això fa que, per exemple, la detecció de maltractament en una relació passada que va finalitzar amb la mort del home que maltractava, probablement no tingui importància jurídica, però les conseqüències per a la salut poden persistir i caldrà atendre-les.

Finalment volem insistir que el conflicte el situem entre actuar segons la llei i actuar pel bé de la pacient, i no en obeir o desobeir una llei.

¹⁶ Vegeu l'Annex 1: per què el nivell assistencial i el jurídic entren en conflicte?

5. ELS LLISTATS DE LES PACIENTS QUE PATEIXEN MALTRACTAMENT

Els llistats de les pacients que pateixen violència de gènere sovint són considerats pel personal sanitari i per les institucions com un instrument útil per calibrar la magnitud del problema, per aconseguir un seguiment de casos més exhaustiu, com a auxiliar en la recerca, com a eina docent, etc.

Cal aclarir que qualsevol llistat d'aquestes característiques, segons la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (21), pot ser considerat un fitxer, i els fitxers han de complir una sèrie de condicions per poder-los constituir legalment.

Des d'un punt de vista ètic aquests llistats, encara que hagin estat fets d'acord amb el que la llei estableix, plantegen dificultats en relació a la intimitat i a la no discriminació (22). De manera específica al tractar-se de dones en situació de violència cal pensar en la possibilitat de victimització des del sistema sanitari.

Per a la recerca sobre violència vers les dones, l'OMS ha elaborat unes recomanacions referents a la confidencialitat de les dades i la seguretat de les dones participants (23).

PUNTS CLAU

Introducció

- L'atenció sanitària a les dones que pateixen violència de gènere planteja amb molta freqüència dilemes ètics.
- L'assistència a dones en situació de violència i la reflexió sobre les decisions a prendre requereixen continuïtat, longitudinalitat en l'atenció i temps de consulta.

I. Què cal fer quan la dona no vol denunciar

De què tenim por quan la dona no vol denunciar?

- Quan la dona que pateix maltractament no vol denunciar es presenta un dilema ètic entre l'obligació professional de respectar l'autonomia de la dona i l'obligació legal de comunicar la situació de maltractament a la justícia.
- La comunicació a la justícia permet visibilitzar la violència, pot posar en marxa mesures de protecció per la dona i actuar contra l'agressor. No fer-ho pot tenir conseqüències negatives per a la dona en situació de violència.
- El comunicat a la justícia no finalitza el procés assistencial, que està dirigit al fet que la dona estableixi objectius per sortir de la situació de violència amb els ajuts necessaris.
- Cal reflexionar sobre les conseqüències negatives que la nostra comunicació pot portar a la dona: empitjorar objectivament les seves condicions de vida, augmentar el perill, no haver previst les conseqüències de l'actuació legal.
- No respectar l'autonomia de la dona pot portar a major victimització, al trencament de la relació terapèutica i a invisibilitzar de nou la violència.

- Altres factors que poden influir en les decisions professionals no justifiquen la nostra inhibició: la por a incórrer en responsabilitats legals o a veure'ns involucrats en un judici, les dificultats per valorar el risc o la por al maltractador.
- Cal registrar la nostra valoració i justificar les nostres decisions a la història clínica.

Més enllà del conflicte: el procés.

- L'atenció a la dona en situació de violència inicia un procés amb objectius clínics, socials i jurídics que s'estén al llarg de diverses consultes.
- Cal fugir d'actuacions precipitades, treballar el restabliment de la dona i la seva autonomia, procurar les condicions de seguretat suficients, permetre temps per buscar el seu acord i facilitar un abordatge multidisciplinari.
- Hi ha circumstàncies que poden obligar a accelerar el procés: menors en risc, indicadors de perill, victimització molt important, incapacitat mental de la dona, aïllament social, manca de continuïtat assistencial, o altres situacions de gravetat.
- Introduïm dues propostes de futur: Augmentar els espais de relació entre les institucions i promoure la recerca sobre els tipus d'abordatge de la violència de gènere i els seus resultats.

II. Quan maltractador i víctima són pacients de la mateixa consulta

- El coneixement de la situació de maltractament a través de la dona i el deure de confidencialitat condicionen l'actuació professional en l'atenció a l'home que maltracta.
- En el tracte professional amb l'home que maltracta poden aparèixer emocions negatives i situacions de conflicte de lleialtats que dificultin l'assistència. La possibilitat de recórrer a un canvi de professional no sempre existeix o és la més convenient.

- L'anàlisi ètica mitjançant els principis clàssics és insuficient perquè només a partir del principi de justícia es dóna entrada a terceres persones.
- Cada vegada amb més freqüència hi ha homes que demanen ajut per malestans relacionats amb la violència que exerceixen sobre la parella. L'atenció a l'home que maltracta, encara poc desenvolupada a l'atenció primària, constitueix un repte indefugible.
- El coneixement i la comprensió del caràcter estructural de la violència masclista ens permet trobar el marc des del qual atendre l'home que maltracta.
- La presència d'una ordre d'allunyament planteja qüestions organitzatives i decisions complexes en l'atenció a l'home afectat si la dona té assignat el mateix centre sanitari.

III. Violència de gènere: la necessitat dels registres, la dificultat dels registres

- No registrar el maltractament com a condicionant de salut no és neutral, sinó que dóna avantatge a l'home que maltracta. El registre a la història clínica té importància assistencial i valor legal.
- El registre de la situació de maltractament pot estigmatitzar i posar en risc la seguretat de la dona, si es vulnera la confidencialitat.
- El dilema ètic neix de la necessitat de registrar, amb visibilitat suficient, a la història clínica, alhora que cal garantir la confidencialitat de les dades, explicant els seus límits a la dona i tenint en compte les seves preferències.
- La decisió de registrar, què registrar i quan fer-ho té implicacions ètiques i assistencials. Cal integrar la qüestió del registre en el procés de l'atenció a la dona, buscant el seu acord.
- La història clínica electrònica compartida, el treball en xarxa multidisciplinari i els imperatius legals suposen riscos per la confidencialitat.

- El registre del maltractament a la mare a la història clínica dels infants i el registre de la condició de maltractador a la història clínica de l'home que maltracta plantegen problemes ètics específics.
- Per la recerca sobre violència vers les dones, l'OMS ha elaborat unes recomanacions ètiques referents a la confidencialitat i la seguretat de les dones participants.

ANNEXOS

Annex 1. Per què el nivell assistencial i el jurídic entren en conflicte?

La publicació de las Lleis estatal (24) i autonòmica (20) contra la violència de gènere - pioneres en molts aspectes- ha estat un pas molt important per a l'atenció de les dones en situació de violència. També diferents protocols d'actuació han marcat la norma assistencial com ara el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (31), i el Protocol per a l'abordatge de la violència masculista en l'àmbit de la salut a Catalunya (32). Així que lleis i protocols s'han anat confrontant amb la pràctica s'han posat de relleu algunes dificultats com les que es revisen en aquest document. En aquest annex abordem una qüestió molt específica: els motius pels quals creiem que el nivell assistencial i el jurídic entren en conflicte.

El nivell assistencial i el jurídic entren en conflicte perquè tot i compartir un mateix interès, eradicar la violència vers les dones, la seva comesa és diferent. Intentem analitzar aquesta diferència tenint en compte els conceptes, els objectius, els models organitzatius i els espais de relació.

Definició

S'ha comentat en altres llocs la diversitat de noms i definicions que es donen en la violència contra les dones. Això probablement reflexa (entre d'altres consideracions importants però que ara no ens pertocuen) que no estem davant de una situació única ben definida i fàcilment acotada. Tot el contrari, sota l'expressió "maltractament a la dona" hi ha una amplíssima gama de situacions entre les quals unes es poden entendre des d'una perspectiva penal i altres no, com ara quan una pacient ens parla de la dificultat de tenir cura de un marit ancià que ha estat un home violent en altres moments de la vida, o com elaborar el dol d'un home que ha maltractat la dona i les criatures, o l'efecte dels anomenats "micromasclismes" (Annex 2) en la salut psíquica i social de les dones, entre d'altres.

Objectiu

Els objectius, que són iguals en allò més genèric - evitar la violència de gènere - no són del tot paral·lels en allò més concret. L'objectiu de la justícia és fonamentalment punitiu i reparador, en canvi el de l'assistència és fonamentalment la millora de la situació de la dona i, en el cas concret de l'assistència sanitària, la millora de les condicions de salut.

Organització

Perquè la justícia és un poder de l'estat i la sanitat no, i la relació no és simètrica: Els i les diferents professionals de l'àmbit de l'assistència - sigui aquesta sanitària, social, psicològica o d'un altre tipus - compartim un mateix lloc en la societat: el del servei a la ciutadania. El món jurídic està situat en un altre lloc social, és un poder de l'estat i la relació no és simètrica. Això crea, si més no de vegades, incomoditat. Incomoda si, per exemple, enviem informació de una dona i no ens en retornen cap, o bé quan no rebem informació d'una ordre d'allunyament que ens afecta com a centre, per posar dos situacions quotidianes.

De fet, de vegades més que incomoditat sentim, diguem-ho clar, por del món de la justícia: por que siguem citats com a pèrits o com a testimonis, i por - molt especialment en relació a la violència vers les dones - a ser incriminats en cas de no haver actuat de conformitat amb la llei, tot i haver-ho fet correctament des del punt de vista clínic i ètic. Sovint tenim por.

Hi ha una doble realitat: jutges i fiscals asseguren que hem de comunicar a la justícia tot tipus de maltractament. Els serveis assistencials, fins i tot aquells més específics i compromesos, asseguren que això és impossible i actuen d'una altra manera. Quan això s'ha posat damunt la taula -en jornades o cursos amb participació de professionals de la justícia- sempre s'acaba invocant la llei i el deure de compliment sense que un autèntic debat amb arguments i experiències es pugui sostenir, ja que el pes de la llei ofega les altres realitats. Això -el silenci - augmenta la sensació de por.

Es dona també una situació paradoxal que pot fer entendre millor els desencontres:

La justícia actua des del coneixement dels fets: sense la participació bé de la víctima bé de testimonis (nosaltres som testimonis privilegiats), la justícia queda al marge. Es comprensible que, des d'aquesta perspectiva, entenguin la nostra reticència a comunicar a la justícia com a obstruccionsisme. No podem oblidar que la violència vers les dones és un problema que té conseqüències per a la salut i també un delictes que veiem a través d'una víctima que, recordem-ho, sovint no vol denunciar. Aquest fet propi de les situacions de violència en l'esfera domèstica, fa que els professionals tinguin un paper especialment rellevant que la mateixa llei reculli de manera específica.

Curiosament, des de la clínica passa al revés: si nosaltres fem un comunicat a la justícia sense el consentiment de la dona sovint la perdem com a pacient i som nosaltres els que quedem fora de la qüestió. No es tracta –és clar- d'un problema de "protagonisme" sinó que la feina que s'hagi pogut fer de detecció, presa de consciència, motivació per al canvi, etc., cau en el buit quan comuniquem sense consentiment. Llavors, el treball terapèutic es trenca la majoria de les vegades. Algú ha anomenat aquest fet també revictimització i ja ha estat comentat en l'apartat "*De què tenim por quan la dona no vol denunciar*" en el capítol "*Què cal fer quan la dona no vol denunciar*".

No cal dir que en aquest document emfatitzem les dificultats i que moltes vegades les coincidències són molt més importants que els desencontres i que no es tracta de polaritzar "nosaltres o ells", gens ni mica, es tracta d'analitzar els diferents aspectes de les dificultats per mor de superar-les.

Manca d'espais de trobada

La manca d'espai de treball i de reflexió conjunta dificulta el poder expressar amb claredat les nostres dificultats, conèixer l'enriquidor punt de vista de l'altre, en aquest cas jutges, fiscals, cossos policials... i deixar de veure'ns en una llunyania que ens distorsiona.

Hem d'aconseguir espais no jeràrquics de trobada amb el mon jurídic que ens ajudin a comprendre diferents punts de vista, acomplir millor la llei i demanar de matisar-la o canviar-la quan sigui el cas.

Si hi ha por en molts professionals en el comunicat de lesions, una altra emoció que es genera és la confusió: a vegades no entenem bé la diferència entre

enviar l'informe a la fiscalia o al jutjat, si s'ha d'enviar per fax o a través dels nostres superiors, qui ho veurà, què passarà llavors, quant trigarà, etc.

Aquest annex no vol ser una crida a la inhibició des de el punt de vista legal però sí que vol ser clarificador de les dificultats i un lloc des d'on encoratjar la formulació de propostes.

Annex 2. El posicionament personal en relació a la violència: la violència estructural

El maltractador i el seu metge comparteixen la circumstància d'estar immersos en una societat on la violència és estructural. Cal dir des del començament que la qualitat estructural de la violència de gènere és reconeguda de manera explícita¹⁷ a la *Llei catalana 5/2008, de 24 d'Abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista* (20).

Diem que la violència és estructural perquè a més del fet que se la pren com un mètode de resoldre conflictes, impregna i estructura les relacions que estableixen els individus i les societats. Entenem que són les relacions les que estan muntades segons el codi de la violència al marge que aquesta tingui o no un origen identificable en el passat. Les relacions s'estableixen d'un "mode" violent (25) i llavors la diferència porta a la desigualtat, la desigualtat porta a la jerarquitza i la jerarquitza porta a la submissió. És la incorporació de la violència a l'estructura de les relacions el que converteix en necessaris cadascun d'aquests passos i els naturalitza(26).

És per això que no n'hi ha prou amb la simple exclusió de comportaments i actituds violentes de les nostres relacions si volem efectes duradors, a llarg termini, sinó que caldria modificar radicalment aquestes relacions, refer-les amb un altre codi, muntar-les de manera que la violència no en determini les correspondències. Per tant, si el metge i l'home que maltracta estan immersos en una societat on la violència és estructural voldrà dir que compartiran estereotips, patrons de comportament, que seran estructuralment violents.¹⁸

¹⁷ Article 7: *Principis orientadors en les intervencions dels poders públics: b) La consideració del caràcter estructural i de la naturalesa multidimensional de la violència masclista, en especial pel que fa a la implicació de tots els sistemes d'atenció i reparació.*

¹⁸ Veiem el perill que comporta afirmar la qualitat estructural de la violència, ja que pot facilitar actituds passives amb consideracions del tipus de "És estructural, no hi ha res a fer, el que passa és que tot està molt malament". També som conscients de com n'és d'arriscat l'intent d'establir un terreny comú entre el metge i l'agressor, i en aquest sentit volem aclarir que no proposem pas pensar en qualsevol metge com si fos un maltractador (tot i que hi

Els micromasclismes

Fins ara el que hem exposat referent a la violència estructural ha tingut un caràcter poc concret. Veiem ara com l'anàlisi des d'una perspectiva de gènere de les relacions que s'estableixen en una parella ens ajuden a entendre com la violència estructura les relacions.

Luís Bonino anomena micromasclismes o microviolències aquells "*pequeños, casi imperceptibles controles y abusos de poder cuasi 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). Quan es detecten és pels efectes que produeixen en la dona, i - com que les microviolències queden indetectades- llavors es parla de les peculiaritats o rareses de la dona. L'eficàcia dels micromasclismes radica en el fet que modifiquen la relació amollant-la als interessos de l'home i que sovint ni el mateix home és conscient d'estar utilitzant-los. És més, com que els micromasclismes són alhora eines que configuren la identitat masculina, hi sol haver una notable resistència dels homes en reconèixer que els practiquen. La utilització abusiva de l'espai, la maternalització de la dona, el pseudorecolzament¹⁹, són alguns exemples de comportaments que difícilment poden ser considerats violents en sentit

ha d'haver, en teoria, tants homes que maltracten entre els metges com n'hi hagi en la classe social de referència). Igualment creiem que no es pot considerar l'home que maltracta com un ser desvinculat del seu entorn, a la manera d'un monstre sense context ni, al contrari, atribuir la major part de responsabilitat a la violència estructural abusant del seu poder explicatiu, des-responsabilitzant així l'agressor.

¹⁹ *La utilització expansiva de l'espai físic* ["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 maternalització de la dona* ["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-recolzament*: ["Apoyos que se enuncian sin ir acompañados de acciones cooperativas, realizados con mujeres que acrecientan su ingreso al espacio público"]. (28)

convencional però que tenen els mateixos objectius i produeixen els mateixos efectes que la violència macro.

Si les microviolències estan tan esteses que la qüestió de la violència estructural esdevé una característica detectable en les relacions de parella, podem suposar que el metge i l'agressor comparteixen com a terreny comú la violència estructural. En un segon pas podem considerar aquest terreny comú la base per a una relació possible entre el professional i el maltractador, que caldrà configurar en cada cas. Ens sembla que aquesta vinculació professional que inclou l'aspecte emocional és consistent i alhora permet una distància relacional adequada que evitarà identificacions fora de lloc.

Tot i que aquest recurs sembla més adequat per que l'utilitzi un metge que una metgessa, proposem que el reconeixement de les microviolències que homes i dones exercim en tots els terrenys, no només dins de les relacions de parella, poden facilitar la necessària empatia amb el maltractador.

ANNEX 3: Codis de la Classificació Internacional de Malalties 10^a revisió (CIM-10) i de la Classificació Internacional de l'Atenció Primària 1^a revisió (CIAP-2) relacionats amb la violència domèstica (17,18)

	CIM-10 (e-CAP)	CIAP 2 (OMIAP)
<p>A la HCAP DE LA DONA: Per indicar l'àmbit i l'autor del maltractament</p> <p>Per especificar el tipus de maltractament, sense especificar l'agressor (també inclou maltractament a infants i gent gran)</p> <p>Per indicar algunes conseqüències del maltractament</p> <p>Quan no hem confirmat el maltractament o no volem ser tan explícits</p>	<p>Y07.0 Maltractament per marit o parella</p> <p>T74 Síndromes de maltractament: T74.0 Negligència o abandó T74.1 Abús físic (<i>muller/marit/nen/nadó</i>) T74.2 Abús sexual T74.3 Abús psicològic T74.8 Altres síndromes de maltractament (<i>formes mixtes</i>) T74.9 Síndrome de maltractament, no especificat (<i>adult i nen</i>)</p> <p>F43.1 Sd. d'estrès posttraumàtic</p> <p>Z63.0 Problemes a la relació de parella</p>	<p>Z12 Problemes de relació entre cònjuges (<i>inclou l'abús psíquic/emocional</i>)</p> <p>Z25 Problemes derivats de la violència/agressió (<i>inclou abús físic i sexual fill/parella</i>)</p>
<p>A la HCAP DELS FILLS/FILLES:</p>	<p>Z61 Problemes relacionats amb fets negatius a la infantesa (<i>exclou síndrome de maltractament</i>) Z63.0 Problemes a la relació de parella</p>	<p>Z16 Problemes de relació amb els fills (<i>inclou l'abús 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 a: 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. Hi ha traducció al castellà: 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. També disponible en català a: 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 a: <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&articulo=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
- 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

- 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
- 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/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
- 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. Per als significats de capacitat i competència, *Ibid.* 277 i ss.
- 17 Classificació Internacional de Malalties, revisió 10 (CIM-10). Disponible al lloc web del Servei Català de la Salut:
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
- 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 a:
<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 a:
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 a:
<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.
- 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 a: 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 a: <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 a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Violencia_i_maltractaments/pdf/abordatge.pdf