

Formar e Informar

VIOLENCIA DE GÉNERO:
PREVENIR, ACTUAR, DENUNCIAR



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Badajoz

Formar e Informar

**VIOLENCIA DE GÉNERO:
PREVENIR, ACTUAR, DENUNCIAR**



ICOMBA
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

Coordinadores

Mariano Casado Blanco.
Pedro Hidalgo Fernández.

Prólogo

Pedro Hidalgo Fernández.

Autores

Mariano Casado Blanco.
María Castellano Arroyo.
Pedro Hidalgo Fernández.
María Ibáñez Bernáldez.
Miguel Lorente Acosta.
Rocío Martínez Gallardo.
María José Ordoñez Carbajal.
María Teresa Porcel López.
Cruz Sánchez de Lara Sorzano.

Edita

FUNCOMBEA
*(Fundación Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz)*

Imprime

Efezeta, Artes Gráficas, S.L.

Depósito legal

BA-504-2018

ISBN

978-84-09-05187-8

Queda prohibida, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de su propiedad intelectual.

ÍNDICE

1 PRÓLOGO	
D. Pedro Hidalgo Fernández <i>Presidente Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz</i>	7
2 LAS HIJAS DE ÁGNODICE CAMINO DE LA IGUALDAD	
Dña. María Teresa Porcel López.	17
3 PERSPECTIVA ACTUAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO. ASPECTOS CRÍTICOS EN SU INFRADETECCIÓN EN LAS CONSULTAS MÉDICAS.	
Dña. María Ibáñez Bernáldez	27
4 VIOLENCIA DE GÉNERO Y MACHISMO: LÍNEA GENERALES DE ACTUACIÓN DE LA DELEGACIÓN DE GOBIERNO PARA SU PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN.	
Dña. María José Ordoñez Carbajal	43
5 SUICIDIO, VIOLENCIA DE GÉNERO Y RESPUESTAS.	
D. Cruz Sánchez de Lara Sorzano.	57
6 LA ATENCIÓN MÉDICA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO	
D. Miguel Lorente Acosta.	73

7 COMPROMISO ÉTICO DEL MÉDICO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	
D. Mariano Casado Blanco.	91
8 LOS MÉDICOS Y SU COMPROMISO EN LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.	
Dña. María Castellano Arroyo y D. Mariano Casado Blanco.	103
9 CONCLUSIONES.	
Dña. Rocío Martínez Gallardo	111

*A todos a los que a diario,
desde el ejercicio de la Medicina,
ayudamos a una sociedad más humana.*

PRÓLOGO

**Violencia de Género:
Prevenir, Actuar, Denunciar.
Firme y efectivo compromiso desde
el ICOMBA para combatir la
Violencia de Género**

Pedro Hidalgo Fernández

*Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz*

El Colegio de Médicos de Badajoz comparte la preocupación por la violencia de género, así como por su reconocimiento como un problema de salud pública por el importante impacto que dicho fenómeno provoca tanto de forma directa sobre la propia víctima, como sobre familia y entorno.

Mujeres víctimas de la violencia de género acuden a los servicios sanitarios con problemas de salud importantes e incluso, en algunos casos, con consecuencias fatales resultado de múltiples situaciones de alto contenido emocional experimentadas. Sin embargo, muchas otras mujeres demandan asistencia sanitaria con síntomas diversos, pudiendo incluso estar siendo tratadas sin que su malestar haya sido relacionado con situaciones de violencia, o sin que ellas se atrevan a expresar la verdadera etiología de los hechos generadores de sus dolencias.

Atendiendo a su trascendencia y a su envergadura, la violencia de género necesita de una sensibilización e implicación interprofesional e intersectorial, sin obviar que el sistema sanitario juega un importante papel en su abordaje. Precisamente los médicos, debido al contacto continuado con estas pacientes, ocupamos un lugar privilegiado para la detección precoz y la prevención de los casos de violencia contra las mujeres, así como para su seguimiento, al ser responsables de la atención de los problemas de salud derivados de estas situaciones.

La Ley define a los médicos (y al resto de profesionales sanitarios) como agentes cualificados en la lucha contra la violencia de género. Los médicos, de acuerdo con esta definición, y en colaboración con otros profesionales del sistema sanitario debemos enfrentarnos a nuestras deficiencias, ponerlas en común y comunicarlas, así como elaborar y elevar propuestas, para dar respuesta a las necesidades actuales, desarrollar nuevos protocolos o recursos que puedan resultar de ayuda a mujeres y menores que acuden a nuestras consultas para liberarse del ciclo de la violencia.

Por todo ello, la violencia contra las mujeres se plantea como objetivo prioritario por parte de nuestra Corporación Colegial, que expresa su firme compromiso para con la formación de nuestros médicos colegiados. Ésta ha de estar basada en el respeto y ejercicio pleno de los derechos humanos, poniendo en tensión las relaciones asimétricas y evitando la victimización institucional secundaria, motivo por el que el pasado día 1 de marzo de 2018 se celebró en el salón de actos del Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz una Jornada bajo el título “*Violencia de Género: Prevenir, Actuar, Denunciar*”, cuyas cuestiones más relevantes quedan plasmadas en el libro que hoy presentamos.

El Pacto de Estado contra la Violencia de Género es el hilo conductor de este texto

que comprende la materialización de una mesa de trabajo mediante la cual pretendimos situar el foco de nuestra reflexión en el modelo de igualdad, en la sensibilización y concienciación de los médicos sobre este problema de salud, junto al abordaje de los planes de actuación sobre el mismo, un Pacto de Estado que incluye medidas sanitarias, como aquellas orientadas a la detección precoz gracias a protocolos clínicos y mejor formación profesional. El año 2017 concluía con un acuerdo de las autonomías y el Gobierno en aras a conseguir que el Pacto comience a cristalizar a lo largo del año en curso.

En el marco de estas líneas, pretendemos abordar la violencia de género como un problema de salud mucho más extendido de lo que se nos muestra socialmente, analizando aspectos como la elaboración de modelos teóricos que nos permiten comprender el fenómeno de la violencia perpetrada contra las mujeres, la comprensión del problema en sí, su dinámica, ciclo evolutivo y consecuencias, así como la elaboración de modelos y herramientas de intervención médica, teniendo en cuenta que el sistema sanitario público en España en el momento presente, aún no se encuentra preparado para afrontarlo como es debido.

Con la presentación de este nuevo texto interesamos remarcar las novedades de la nueva estrategia contra la violencia de género tras ser aprobado el Pacto de Estado con el objetivo de facilitar y orientar nuestras actuaciones, así como ayudar a dimensionar el problema, exigiendo responsabilidad profesional y ética al médico proactivo y comprometido en la prevención, educación, detección, asistencia y tratamiento ante los casos de violencia de género.

A pesar de que aquellos casos de mujeres maltratadas que emergen socialmente no representan la profundidad del fenómeno, los médicos debemos asumir responsablemente un papel fundamental en la lucha individual e institucional contra estos abusos.

Así lo entiende el Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz con la publicación de este libro que tiene como finalidad la sensibilización, información y formación de sus colegiados.

Desde el icomBA nos comprometemos a trasladar a los ámbitos asistenciales la formación necesaria, impulsando el conocimiento de los protocolos y llamando a la acción de nuestros médicos para que los apliquen en sus consultas, y así contribuir a poner fin a la violencia de género, teniendo en cuenta que cualquier actuación médica ha de ajustarse a la situación personal de la víctima, respetando su autonomía, adaptando las intervenciones y respetando la voluntad de las mujeres maltratadas,

siendo obligado el desarrollo de buenas prácticas en los centros sanitarios como marcos de actuación para continuar avanzando en la lucha para que la igualdad, el respeto a la dignidad humana y la libertad de las mujeres sean una realidad en nuestra sociedad.

Es deber de los médicos ayudar y prevenir. Pero también, como se titula nuestro libro, es deber de los médicos actuar y denunciar.

Agradezco a todos los autores su buen trabajo para trasladar la preocupación que sentimos, todos, por esta injusta e insoportable situación de violencia y dolor que sufre la sociedad en la figura de la mujer y en la debemos implicarnos aún más de lo que estamos haciendo desde la detección precoz.

Siempre estaremos en primera línea no sólo con la atención, sino además, con la prevención.

Como bien titulamos nuestras publicaciones:

FORMAR e INFORMAR.

Y en este caso: **PREVENIR, ACTUAR y DENUNCIAR.**

**VIOLENCIA DE GÉNERO:
PREVENIR, ACTUAR, DENUNCIAR**

LAS HIJAS DE ÁGNODICE CAMINO DE LA IGUALDAD

María Teresa Porcel López

*Médico Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica.
Directora Médica del Hospital Regional Universitario Infanta Cristina.
Badajoz.*

Las mujeres han sido apartadas sistemáticamente de la esfera política y social a lo largo de la historia, y el campo de la Medicina no ha sido una excepción.

En la antigüedad, el papel de la mujer se circunscribía a ser amas de casa, madres, personas al cargo de niños y ancianos dentro del hogar, por ese motivo lograron adquirir habilidades como parteras, sanadoras, pero este conocimiento quedaba limitado a un estricto ámbito privado y familiar.

No obstante, han existido mujeres en la historia que se han resistido a este papel predeterminado para ellas, tal es el caso de Ágnodice de Grecia (siglo IV a.C.), nacida en el seno de una noble familia ateniense, se reveló frente a esta injusticia, y recibiendo la ayuda de su padre, se hizo pasar por hombre y fue de este modo como consiguió ingresar y aprender Medicina en la escuela del famoso médico Herófilo de Grecia, donde llegó a destacar como alumno.

Tras finalizar su formación comienza a ejercer en el ámbito de la ginecología y obstetricia, alcanzando cierta notoriedad entre sus pacientes, muchas de las cuales pertenecían a las familias más influyentes de la ciudad, lo que ocasionó la aparición de celos profesionales entre sus compañeros, motivo por el que deciden acusarla de mala praxis médica y violación a algunas de sus pacientes, provocando la detención de Ágnodice, la cual fue llevada ante un tribunal con estos cargos, para defenderse de los mismos, decidió revelar su verdadera identidad como mujer, lo cuál sirvió para retirar los cargos contra ella por violación y mala praxis, pero a cambio fue condenada a la pena capital por el ejercicio de la Medicina, una profesión vetada en esa época a las mujeres.

Pero Ágnodice, no moriría como querían sus enemigos y compañeros, gracias a que algunas de sus pacientes, esposas de hombres poderosos, se revelaron y presionando a sus maridos provocaron la que se conoce como la primera revuelta feminista de la historia consiguiendo la absolución de la médica.

La determinación de Ágnodice y de aquellas mujeres conseguiría no sólo la absolución de la ginecóloga si no también la modificación de las leyes atenienses, permitiéndose el ejercicio de la Medicina a las mujeres en la antigua Grecia (Sandra Ferrer, 2004).

No fue hasta varios siglos después, que una mujer conseguiría ejercer la Medicina en el mundo con el título académico oficial necesario para ello, concretamente en el año 1.849 Elizabeth Blackwell se licenciaba en Medicina por la Universidad de Ginebra, en el Estado de New York, Estados Unidos, no sin mucho esfuerzo, ya que su

solicitud de ingreso fue rechazada en 10 facultades de medicina distintas, hasta ser aceptada en la Universidad de Geneva, donde se convertiría en la primera mujer en sus aulas (Regina Morantz, 1982).

Gracias a Elizabeth Blackwell, que abrió las puertas de las facultades de Medicina a otras mujeres, grandes avances científicos en el campo de la Medicina se producirían en el siglo XX y XXI, valedores del premio Nobel de Medicina y Fisiología por su notoriedad, en concreto;

- Gerthy Theresa Cori, 1947, por el descubrimiento de la vía catalítica del glucógeno.
- Rosaly Sussman Yalow, 1977, por el desarrollo de la técnica del radioinmunoanálisis de hormonas peptídicas.
- Bárbara Mc Clintock, 1983, por el descubrimiento de los elementos genéticos móviles.
- Rita Levi Montalcini, 1986, por el descubrimiento de los factores de crecimiento.
- Gertrude B. Elion, 1988, por sus aportaciones en el campo de a farmacoterapia.
- Cristiane Nüsslein-Volhard, 1995, por su descubrimiento sobre el control genético en el desarrollo embrionario temprano.
- Linda B. Buck, 2004, por el descubrimiento de los receptores olfativos y la organización del sistema olfativo humano.
- Françoise Barré Sinoussi, 2008, por el descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana.
- Elizabeth Blackburn y Carol W-Greider, 2009, por descubrir cómo los cromosomas son protegidos por los telómeros y la enzima telomerasa.
- Mary-Britt Moser, 2014, por su descubrimiento de las células del sistema de posicionamiento cerebral.
- Tu Youyou, en 2015 por el descubrimiento de la dihidroartemisinina para el tratamiento de la malaria, lo que ayudó a salvar millones de vidas en países en vía de desarrollo.

Parecen muchas las mujeres que han sido galardonadas con el premio Nobel, pero en realidad no son tantas, el premio Nobel es un galardón, que se otorga anualmente

para reconocer a personas o instituciones que hayan llevado a cabo investigaciones, descubrimientos o contribuciones notables para la humanidad en el campo de la Física, Química, Medicina y Fisiología, Literatura y Paz, y se celebran anualmente desde 1903. (Nobel Foundation, 2017).

A lo largo de su historia, este galardón ha sido otorgado en 847 ocasiones a hombres y tan sólo en 49 a mujeres (Nobel Foundation, 2017).

En opinión de la autora, estos datos podrían mostrar que en pleno siglo XXI aún queda mucho camino por recorrer hacia la igualdad en el ámbito académico.

¿Cuál es la situación actual de la mujer en la Medicina?

Los datos recogidos por diferentes países demuestran que la medicina se feminiza a gran velocidad, siendo en España un hecho incontestable.

Según los datos del INE 2017, la cifra de médicos colegiados mujeres supera por primera vez en la historia de nuestro país al de hombres, en concreto este porcentaje se sitúa en el 50,4% (INE, 2017), este hito ha sido posible gracias a que de los 5.338 nuevos colegiados registrados en el año 2017, 4.613, es decir el 79%, de los nuevos adscritos a colegios profesionales de médicos eran mujeres.

Esta nueva realidad, es incluso más aplastante en las aulas, siendo en las facultades de Medicina donde existe una mayoría incuestionable de mujeres, entorno a un 70%, similar al porcentaje de mujeres que se presentan al MIR en los últimos años (Inmaculada Pastor Gosálbez et al, 2012).

Sin embargo esta situación paritaria, en relación al número de facultativos por sexo, no significa que se haya logrado la igualdad efectiva, siendo la discriminación vertical, el auténtico epicentro de las desigualdades actuales en la profesión médica, y es que a pesar de la feminización de la Medicina, el número de cargos de responsabilidad en la administración sanitaria de nuestro país ocupados por mujeres no ha crecido de una forma paralela como sería de espera (Arrizabalaga et al, 2005).

Desde que el acceso a las facultades públicas de Medicina sólo se realiza por estrictos méritos académicos, la presencia femenina no ha parado de aumentar, analizar estos datos y el efecto de los mismos es un hecho que se hace necesario.

Uno de ellos, sea posiblemente la escasez de mujeres en puestos relevantes de la organización sanitaria, y en la toma de decisiones, al igual que la desigualdad de la presencia femenina entre distintas especialidades, dentro de las especialidades médicas con más presencia de mujeres se encuentran; Alergología (60,2%), Hematología

(59,0%), Medicina Estética (69,2%), Oncología (54,8%), Pediatría (58,3%) y Rehabilitación (60,8%), en el polo opuesto encontramos las especialidades quirúrgicas donde las mujeres son francamente minoría; C.General y Vascular (19,7%), Neurocirugía (18,5%), Traumatología (19,4%) y Urología (18,2%) (El Médico, 2018).

Entre las explicaciones a tales hechos, encontramos la que nos dan autores como Arrizabalaga y Valls Llobet (2.005), según los cuales, la promoción de las carreras profesionales de las médicas es inferior a las de los hombres. Así, sólo se encuentran un 24 % de los puestos de gestión de Atención Primaria ocupados por mujeres y tan sólo un 7% de los de Atención Especializada de hospitales, dicho de otro modo en nuestro país sólo 1 de cada 4 puestos de responsabilidad en gestión de la administración sanitaria recae sobre mujeres.

Pero no solamente en la gestión de la administración sanitaria la representación femenina es escasa, si no también parece que la promoción de la mujer en el escalafón académico es deficiente, a pesar de existir en las facultades de Medicina mayoría de mujeres, la visibilidad de las mismas es muy reducida, de este modo, en el año 2011 de las 27 facultades de Medicina públicas de nuestro país, sólo 4 decanatos estaban ocupados por mujeres (Inmaculada Pastor Gosálbez et al, 2012).

Otro punto crítico parece ser el posicionamiento de la mujer en los Colegios Profesionales de Médicos, y es que en la actualidad de los 52 Colegios Profesionales de Médicos, tan sólo 5 se encuentran presididos por mujeres (La Rioja, Murcia, Valencia, Toledo y Zaragoza), (El Médico , 2018).

En relación al motivo por el que las mujeres no encuentran atractivas las especialidades quirúrgicas existen varias posibilidades según distintos autores, entre los motivos más comunes se encuentra la percepción que las médicas tienen de las mismas, como especialidades que demandan mucho tiempo y dedicación, con un período de residencia duro y que por tanto no sería fácilmente compatible con su vida familiar y privada (Neumayer et al., 2.002), muchas estudiantes se decantan por de especialidades médicas debido a malas experiencias durante su formación en las quirúrgicas, falta de asesoramiento o modelos femeninos a seguir, buscando programas en los que otras mujeres (residentes o adjuntas) han sido aceptadas, respetadas o exitosas, comprobándose que estudiantes procedentes de facultades donde existían cirujanas entre el profesorado elegían con mayor frecuencia especialidades quirúrgicas, comparadas con aquellas donde no habían existido modelos femeninos a seguir durante su formación en las aulas (Walsh D, 2.002), (Neumayer, 2.002), (Davis et al, 2011).

En otros estudios se ha visto como las cirujanas tenían un incremento de las responsabilidades familiares en comparación con sus compañeros varones, y que dedicaban mayor número de horas al cuidado familiar que sus compañeros en detrimento de las horas dedicadas a su trabajo, lo que era percibido por ellas como un obstáculo en su carrera profesional y además ocasionaba un sueldo inferior, no solamente se encontraban estas diferencias, si no que parece que el coste personal para ellas era muy superior, observándose un mayor porcentaje de cirujanas solteras, divorciadas y sin hijos si se comparaba con el de los cirujanos varones (Grandis et al, 2011).

Todas las diferencias anteriores no son las únicas desigualdades que soportan las mujeres en la profesión médica, si no que soportan una forma de discriminación más grave en forma de acoso moral y/o sexual y que según Reshman Jagsi et al, 2016, se cifraba entorno al 30% comparado al de los hombres, y de aquellas que lo sufrieron, un 47% reconocen que estas experiencias afectaron negativamente a la promoción en su carrera profesional. Pero las situaciones de acoso moral y/o sexual son incluso más frecuentes en las aulas y según Carr PL et al, 2000 hasta un 52% de las estudiantes de Medicina en EEUU reconocía haberlas sufrido en comparación con un 5% de sus compañeros varones, en España el acoso moral y/o sexual dirigido contra las médicas, conocido gracias a sentencias judiciales se ha cifrado en un 44% según Arrizabalaga y Valls Llobet, 2005.

¿Cómo ven las médicas el ejercicio de su profesión y las proyecciones de sus carreras?.

Varios trabajos demuestran que la forma de ejercer la medicina es distinto entre hombres y mujeres, según Besing et al, 1993, las médicas tardan más tiempo en valorar a sus pacientes, dedican más tiempo a escuchar a los mismos, y son más proclives a prestar atención a la esfera psico-social del paciente y no solamente a su problema biológico, en una palabra son más empáticas, alargan su visita, siendo habitual que prolonguen su trabajo, acabando más tarde que sus compañeros, lo cual es valorado positivamente por el paciente, pero en una organización sanitaria hiperdemandada y sobresaturada, donde prima el tiempo y el volumen de pacientes atendidos, hace que ellas se sientan poco valoradas y más cuestionadas que sus compañeros varones (Delgado et al, 2003).

También parece que las médicas son más proclives a solicitar pruebas de laboratorio, prescriben menos y realizan menos pruebas invasivas, presenta una actitud activa en el consejo a sus pacientes, pero se sienten más inseguras que sus compañeros varones en el ejercicio de su profesión (Besing et al, 1993).

Parece que las médicas valoran positivamente la escucha y la empatía, pareciéndoles humano, no obstante estas características no les sirven para aumentar su valoración como profesionales.

Para las médicas el hecho de ser mujeres está tan presente en sus vidas como el de ser profesionales, y achacan a la maternidad el hecho de su actitud empática con los pacientes, dicho de otro modo, maternizan su rol profesional, sienten que su entorno laboral no las dota de suficiente autoridad, relacionando esta circunstancia con el rol de género ligado a la mujer, sintiendo una contradicción ser mujer y ser autoridad, achacando esta supuesta falta de autoridad a que ellas no saben “venderse”, “anunciarse” y “valorarse”, este sentimiento les produce inseguridad (Delgado et al, 2003), creen que para demostrar su valía deben trabajar más y más duro con un coste personal más alto que sus compañeros varones (Delgado et al, 1999).

Las mujeres son también más proclives a negociar las opciones de tratamiento con sus pacientes, empoderando a los mismos en la toma de decisiones y siendo menos impositivas que sus compañeros varones (Bersecker et al, 1996).

Ana Delgado Sánchez et al 2003, en su estudio sobre médicas en atención primaria, describe que éstas valoran negativamente los puestos de poder dentro de la organización, describiéndolos como puestos ocupados por personas que desean figurar, pero reconocen dificultades para poder alcanzarlos ellas mismas, relacionando esta circunstancia con el llamado “techo de cristal” (Burin, 1996), hay que reconocer que existen barreras institucionales que restringen las oportunidades de la mujer (Riska et al, 1993), pero estas barreras no son las únicas que encuentran en sus carreras profesionales, si no que la conciliación de sus vidas familiares y laborales son claves en la promoción en su vida profesional, sobretudo en el caso de las que son madres (Álvaro Page, 1996), en su estudio Delgado (Delgado et al, 2003) describe que las médicas reconocían estar insatisfechas con sus carreras profesionales, su papel de madres les consumía mucho tiempo a diferencias de a sus compañeros y parejas, los cuales simplemente “ayudan” en esa tarea siendo el reparto de las tareas domésticas no equitativo, estas “obligaciones” extralaborales hacen que el porcentaje de reducciones en la jornada laboral sea más elevado en el caso de las médicas, lo que ocasiona una parada en el desarrollo de su carrera profesional con la consiguiente reducción de honorarios, esta estigmatización que excluye a la mujer, influenciada por roles de género, afecta no sólo a las mujeres impidiéndoles aceptar cargos jerárquicamente superiores por necesitar mayor tiempo y dedicación, si no

que también lo hace sobre aquellas personas encargadas de la selección de las personas a promocionar dentro de la organización (Inmaculada Pastor et al, 2003).

A modo de conclusión, en base a los datos anteriores, podemos decir que las hijas de Ágnodice después de 24 siglos aún no han llegado al final de su camino hacia la igualdad, pero si han conseguido cambiar inexorablemente al sistema sanitario, enfrentándolo a una nueva realidad que obliga por un lado, al desarrollo de planes de igualdad, como el que está a punto de finalizar Osakidetza, según una entrevista concedida a la revista El médico el pasado mayo, 2018 por D. Juan Carlos Soto, Director de Recursos Humanos del sistema sanitario público vasco, y por otro lado como declaró la presidenta del Colegio de Médicos de Murcia, Dña. Isabel Montoya al mismo diario, la necesidad de ir elaborando leyes que contemplen la nueva conformación de plantillas en el sistema y que reafirmen la igualdad efectiva, facilitando la conciliación familiar, para no ver mermada la productividad del mismo a futuro, cuando se produzcan el gran número de jubilaciones que están previstas y esas plazas vacantes sea ocupadas en su mayoría por mujeres.

Otra reflexión, es el reto tan difícil que supone para el sistema sanitario el compromiso de hacer frente al grave problema de la violencia de género, la expresión más aterradora de la desigual entre hombres y mujeres, reconocido por la OMS, como uno de los problemas más graves de salud para la mujer en todo el mundo, y que debe ser afrontado por el colectivo médico que sufre en su seno todo este laberinto de desigualdades.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro Page, M. Los usos de los tiempos como indicadores de la discriminación entre géneros. Instituto de la mujer. Madrid.1996.
- Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. Med Clínica. 2005;125(3):103–107.
- Beisecker, RA Murder,WP Moore, D Graham and L Nelmig. Attitudes of medical students and primary care physicians regarding older and younger patients in medical decisions. 1996;34:126-137.
- Bensing JM, Van Den Brink-Muinen A, De Bakker DH. Gender differences in practice style:a Dutch study of general practitioners. Med Care. 1993;219–229.
- Burin, M. Género, psicoanálisis, subjetividad. Argentina. Paidós;1996.

-
- Carr PL, Ash As, Friedman RH. Faculty perception of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Intern Med.* 2000;132(11):889-896.
 - Davis EC, Risucci DA, Blair PG, et al.. Women in Surgery Residency Programs: Evolving Trends from a National Perspective. *J Am Coll Surg.* Marzo de 2011;212(3):320-6.
 - Delgado Sánchez, Távora A, Ortiz Gómez T. Las médicas, sus prácticas y el dilema de la femineidad. *Estudios de sociolingüística.* 2003; 4(2):589-611.
 - Delgado A. El papel del género en la relación medico paciente. *Formación médica continuada en atención Primaria.* 1999; 6:509-516.
 - Grandis JR, Gooding WE, Zamboni BA, Wagener MM, Drenning SD, Miller L, et al. The gender gap in a surgical subspecialty: analysis of career and lifestyle factors. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2004;130(6):695-702.
 - Inmaculada M, Gosálbez P. Mujeres en sanidad : entre la igualdad y la desigualdad. *Cuadernos de relaciones laborales.* 2012; 30(2):497-518.
 - INE(2017). *Mujer en la sanidad española 2017.* Madrid: Instituto Nacional de Estadística. *Surg.* 2002;183:146-150.
 - La sanidad española entre las más feminizadas de Europa. *El Médico.* 2018 (consultado en mayo 2018). Vol de mayo nº1191; 13-14.
 - Neumayer L, Kaiser S, Anderson K, et al. Perception of women medical student and their influence on career Choice. *Am J Surg.* 2002;183:146-150.
 - Nobel Foundation. All Nobel Prizes. Consultado en enero 2017.
 - Nobel Foundation. Nobel Prizes Fact. Consultado en enero 2017.
 - Reed V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ.* 2001;35(2):139-147.
 - Reshma Jagsi, Kent A. Griffith et al. Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic. Medical Faculty. *JAMA.* 2016; 315(19):2120-2121.
 - Riska E, Weger. *Women and the medical division of labour.* Gender, work and Medicine. London. 1993. Sage Publications.
 - Walsh D. Perspectives of woman resident. *Surgery.* 2002;131:666-669.
 - Sandra Ferrer Valero. La primera ginecóloga, Agnódice siglo IV A.c. Mujeres en la

historia. 2014. Consultado en mayo de 2018. Disponible en Internet en WWW.mujeres en la historia.com.

**PERSPECTIVA ACTUAL DE LA VIOLENCIA DE
GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO.
ASPECTOS CRÍTICOS EN SU INFRADETECCIÓN
EN LAS CONSULTAS MÉDICAS**

María Ibáñez Bernáldez

*Vocal de Médicos de Administraciones Públicas. IcomBA.
Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Badajoz.
Profesora de Medicina Legal. Facultad de Medicina de Badajoz.
Universidad de Extremadura*

“Buscad, y hallaréis” (Mateo 7:7)

1.- INTRODUCCIÓN

PERSPECTIVA ACTUAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

España ha sido un país pionero en la lucha contra la violencia de género. En la actualidad, nuestro país dispone de una amplia relación de normas que prevén, desde un punto de vista integral, la persecución y eliminación de la violencia ejercida sobre la mujer por su pareja o expareja; no obstante, la realidad social y la estructura machista y patriarcal ha demostrado que este desarrollo normativo no puede atender a las consecuencias de la violencia machista en su totalidad.

La violencia de género ha permanecido oculta mediante un pacto de silencio, sobre todo en el ámbito doméstico hasta fechas recientes, de hecho, diversas modalidades de malos tratos han sido permitidas, e incluso aceptadas socialmente. A pesar de ello, los cambios sociales, culturales y legales de los últimos años conllevan una mayor concienciación de la opinión pública respecto al fenómeno.

Sin embargo, pese a tales transformaciones, la violencia de género sigue constituyendo un fenómeno complejo y polémico ya que se trata de un elemento instituidor de nuestra sociedad actual, lo que se manifiesta a modo de incongruencia sociológica, pues pese a que en los últimos tiempos se han promulgado leyes y se han desarrollado políticas con el fin de evolucionar hacia la igualdad de género, en muchas ocasiones, esto ha enmascarado una realidad social donde las desigualdades entre hombres y mujeres, hoy como ayer, siguen siendo predominantes.

Esto es, si bien es cierto que las diferentes normativas encaminadas a alcanzar la igualdad de género, promulgadas en España durante estos últimos 40 años han permitido un avance para el desarrollo social, cultural, laboral, económico, humano, emocional e identitario de las mujeres, tales políticas no siempre se han visto acompañadas por un impulso real de la igualdad en aquellos ámbitos de la vida social o familiar donde éstas tradicionalmente habían sufrido mayores grados de discriminación, dificultando dicho desarrollo.

2.- HITOS Y LOGROS EN LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA EN EL ÁMBITO SANITARIO

Resulta relevante mencionar que en los últimos tiempos, la violencia de género ha

ido adquiriendo, cada vez en mayor medida, una gran sensibilización social siendo considerada como una violación de los derechos humanos de las mujeres y un grave problema de salud pública^{1,2,3}. En contraposición a esta aseveración, en España, tales conductas delictivas siguen siendo consideradas como fenómenos inmersos en el ámbito privado en la mayoría de las ocasiones por la permanencia de estas hondas raíces sociales y culturales, que establecen un desequilibrio entre la relación del hombre con la mujer en numerosos ámbitos culturales, educacionales, sociales, sanitarios, legislativos, económicos y laborales, considerándose el principal pilar de base para la violencia de género.

En 2004, año en el que fallecen ochenta y cuatro mujeres a manos de sus parejas o ex parejas⁴, se toma conciencia de la existencia de la violencia dirigida del hombre hacia la mujer como consecuencia de la superioridad del sexo masculino sobre el femenino, escenario que considera a la mujer carente de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. De esta manera se acuña el concepto violencia de género, que conlleva la necesidad de un tratamiento separado al propio de otras formas de violencia doméstica.

En ese año, el Congreso aprueba por unanimidad la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género⁵, la cual, conforme a lo previsto en su artículo 15, insta a las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), a promover las actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género, y a proponer las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas. La Ley define al profesional sanitario, y por tanto al médico, como agente cualificado en la lucha contra la violencia de género.

El diagnóstico y la atención a la violencia de género, en el ámbito asistencial, quedan regulados mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, modificado a través de la Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio de 2012⁶, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Esta importante actuación, se asienta sobre la posición estratégica de la que dispone el médico tanto para la detección y seguimiento de situaciones de maltrato, como para la minimización del riesgo y protección de las víctimas, la cual se debe a la accesibilidad de la población al dispositivo asistencial, la continuidad y longitudinalidad

de la atención que el facultativo ofrece, que además se realiza en un contexto biopsicosocial⁷, es decir, teniendo en cuenta no sólo el ámbito biológico, sino también los factores psicológicos y sociales del individuo.

En abril de 2007, fue editado el *“Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género”*⁸, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.

Más adelante, con el fin de establecer una pauta actualizada de actuación normalizada y homogénea en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS), es publicado en el año 2012 el *“Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género”*⁹, con la finalidad última de ofrecer orientaciones para la atención integral –física, psicológica, emocional y social– a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario, y así poder terminar con las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbilidad y mortalidad en las mujeres que la sufren, y recuperar su salud y autonomía.

El abordaje de la violencia de género más relevante en los últimos años en el entorno internacional viene de la mano del Convenio de Estambul del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia sobre las mujeres de 7 de abril de 2011, publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 1 de agosto de 2014¹⁰, cuyas aportaciones incluyen la prevención, la protección de las víctimas y el enjuiciamiento de los responsables de la violencia contra las mujeres como medidas de carácter obligatorio para los Estados miembros.

Una de las actualizaciones más representativas de la legislación en torno a la violencia de género en España llega de la mano de la Ley Orgánica de Protección a la infancia y adolescencia¹¹, que entró en vigor el 18 de agosto de 2015, a través de la cual queda modificado el artículo primero de la Ley Orgánica 1/2004⁵, reconociendo como víctimas de violencia de género a los menores que viven dentro del ambiente familiar donde el agresor ejerce la violencia de manera sistemática contra la mujer, ya que se considera que son perjudicados de manera directa o indirecta en el seno de estos atentados, siendo con frecuencia empleados por el agresor como un instrumento de violencia y dominio sobre la mujer.

En el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Extremadura, es aprobado y publicado el 7 de noviembre de 2016, el *“Protocolo de Actuación sanitaria ante la Violencia de Género en Extremadura”*¹².

El Pleno del Congreso de los Diputados aprueba el 28 de septiembre de 2017, un paquete de 213 medidas para poner en marcha un Pacto de Estado con la finalidad de atajar la violencia machista¹³. El concepto de violencia de género se amplía desde entonces a todas las formas de violencias machistas recogidas en el Convenio de Estambul: violencia psicológica, violencia física, violencia económica, acoso, violencia sexual (incluida la violación), mutilaciones genitales femeninas, aborto y esterilización forzosas, acoso sexual, matrimonios forzados y crímenes de honor; así como otros tipos de violencias contra las mujeres¹⁰.

3.- VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, posee siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación de maltrato haya finalizado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la violencia de género como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. Por ello, ha declarado la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública en todo el mundo (49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996)¹⁴.

Es importante destacar que según las conclusiones obtenidas en la Macroencuesta Española de Violencia Contra la Mujer de 2015¹⁵, la mayoría de las mujeres que han sufrido violencia de género muestra afectación del bienestar físico o mental. Por lo tanto, la violencia de género implica un problema de salud importante, por su magnitud y consecuencias fatales en mujeres víctimas del maltrato¹⁶.

4.- LA IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN DEL MÉDICO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Desde la posición privilegiada de la que disponen los médicos en sus consultas, estos pueden desempeñar un papel fundamental colaborando y ayudando a las mujeres que sufren violencia de género, pues en algún momento de su vida estas víctimas acuden a un centro sanitario bien en consultas a demanda y preventivas, embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, o en el cuidado de las personas mayores.

Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta aspectos biológicos, psi-

cológicos y sociales¹⁷. Para todo ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral a la salud, el cual incorpora el concepto de INTERDISCIPLINA, entendida como un nuevo conocimiento, experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta la persona¹⁸.

El médico puede enfrentarse en la consulta con situaciones complejas como aquella en la que la mujer de la que se sospecha que puede estar sufriendo violencia de género no lo reconoce, o aquella otra que reconoce sufrir violencia de género pero no se encuentra en peligro extremo. La situación se agrava si la mujer que reconoce sufrir malos tratos se encuentra en peligro extremo, o bien casos agudos, o aquella que ha sido víctima de una agresión sexual¹⁹, por ello, en este punto es obligado cuestionarse por qué el personal sanitario considera tarea tan compleja la de reconocer y lidiar con la violencia contra las mujeres²⁰.

Si se analizan las principales dificultades que encuentran los médicos en las consultas a la hora de identificar la violencia de género de entre las mujeres que demandan asistencia sanitaria, se ha de tener en cuenta que éstos, al igual que el resto de la sociedad, se encuentran inmersos en un proceso de socialización sin considerar la violencia como un problema de salud¹⁵.

La falta de sensibilización y conocimiento de este fenómeno por parte de los médicos puede generar situaciones que incrementen el sufrimiento de la víctima por la doble victimización que padece la mujer maltratada "*culpada*" de su situación de maltrato.

En ocasiones, la ausencia de formación específica en materia de malos tratos contra la mujer impide un correcto abordaje de la misma por el temor del médico a ofenderla, o incluso a empeorar la situación vivencial que está padeciendo. Todo ello deriva del desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones con escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica, ya que el abordaje a las víctimas queda reducido fundamentalmente a la esfera biologicista, sin profundizar en problemas psicosociales.

Otro punto sensible deriva del desconocimiento de que los hijos de mujeres maltratadas adquieren la consideración devíctimas de la violencia de género de acuerdo con la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia¹¹.

Los médicos de atención primaria, plantean una limitación práctica de tiempo para realizar la indagación que establecen los protocolos de actuación sanitaria ante la

violencia de género, publicados en el ámbito de las respectivas comunidades autónomas, si bien la cuestión del tiempo se puede paliar en coordinación con servicios sociales que hagan el seguimiento más allá de la consulta²⁰.

De todo lo anteriormente expuesto, es preciso resaltar que las principales dificultades para detectar malos tratos en el contexto de la violencia de género en menores y mujeres maltratadas obedecen a la ausencia de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos disponibles, así como la ausencia de trabajo interdisciplinar en equipo junto a una deficiente formación médica en materia de violencia de género²¹.

La justa alarma social derivada de la reiterada publicación de noticias relativas a asesinatos de mujeres a manos de sus parejas y ex parejas viene asociada a la percepción, por parte de los médicos, de la necesidad de formación específica y de desarrollo de protocolos de actuación, formación que no debería restringirse o centrarse exclusivamente en la violencia contra las mujeres, sino en un contexto más amplio del estudio de la desigualdad en salud por razón de género, y de los sesgos derivados de la falta de esta perspectiva, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica²².

Así mismo, es preciso tener en cuenta que la garantía de que el desvelamiento de la situación de violencia no incremente los riesgos para la mujer, y que pueda revertir en su propio beneficio o en el de la comunidad. Este punto sensible deriva de la obligación legal inexorable del médico de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de las mismas derivadas de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del Parte Judicial de Lesiones e Informe Médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada acerca de la remisión del mismo, registrándolo en la historia clínica, y valorando siempre la seguridad de la mujer para garantizar su protección²³.

Pudiera ocurrir que tras la investigación del médico éste evidencie fehacientemente que la paciente está siendo maltratada, pero que la víctima no quiera denunciar; pese a ello, la Ley obliga al médico a poner en conocimiento de la autoridad judicial la situación de maltrato. Los artículos 262 y 544 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal²⁴ obligan a los sanitarios a poner en conocimiento de la autoridad judicial estos hechos constitutivos de presuntos actos ilícitos penales, incluso a pesar de las reticencias de la paciente²⁵. Así mismo, el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud⁶, en su Anexo II, apartado 6.6.3. y en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comu-

nicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género. Para que la situación quede registrada, es preciso anotar la sospecha de maltrato a la mujer en la historia clínica. La palabra “*sospecha*” es importante, pese a que más adelante no se confirme el maltrato.

Por todo ello, desde la práctica médica, la estrategia que ha de adoptar el médico es la de mantener una actitud de espera activa, tras evaluar que el riesgo para la mujer sea bajo, citando entonces de manera periódica a la paciente en consulta, valorando la necesidad de derivarla a otros profesionales, elaborando un plan de protección, informándola en caso de que ésta desee formular una denuncia, y programando el seguimiento⁷.

Una vez valorado el riesgo, es necesario redactar la historia clínica y dar la oportuna comunicación judicial a través de la ya mencionada emisión del Parte Judicial de Lesiones, que, a diferencia de lo previsto para la cumplimentación de este documento y remisión al Juzgado de Guardia de manera genérica en un plazo de veinticuatro horas, en casos de violencia de género, la notificación debe realizarse de inmediato al Juzgado correspondiente, bien directamente, o bien a través de los Cuerpos y Fuerzas de seguridad del Estado²⁵.

Otra pieza fundamental del operativo activado para detectar y atajar este problema es el personal de servicios sociales a los que el médico puede acudir, en primer lugar, ante cualquier sospecha. El seguimiento de estos profesionales permite realizar averiguaciones que, en muchas ocasiones, escapan al facultativo supliendo así la limitación práctica de tiempo para el abordaje psicosocial de las víctimas en las consultas²⁶. En aquellos casos de extrema gravedad para la mujer, será precisa su derivación con carácter urgente a trabajo social o servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas.

Si se ha detectado maltrato en la mujer y ésta tiene hijos a su cargo, el médico ha de contactar igualmente con el pediatra e informarle, por el riesgo de los hijos, tanto por ser testigos de la violencia como por la posibilidad de ser también víctimas de la agresión. El pediatra debe sospecharlo cuando se observe negligencia, abandono o agresividad hacia el niño o conductas inapropiadas del menor hacia la madre (sobreprotección o agresividad)²⁷.

Otra herramienta con la que el médico puede contar como agente cualificado en la lucha contra la violencia de género consiste en la posibilidad de notificar al Ministerio Fiscal la mera sospecha, que no evidencia, de una situación de malos tratos en el contexto de la violencia de género. Según establece la Ley de Enjuiciamiento Crimi-

nal²⁴, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial, ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información acerca de los presuntos hechos delictivos. La comunicación a la Fiscalía desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para el médico en aquellos casos en los que no existe constatación clara del origen de las lesiones como para comunicar los hechos como presuntamente delictivos al Juzgado de Guardia, o cuando la mujer no reconoce el maltrato, o ésta se niega a denunciar y el personal sanitario posee sospechas de un caso de violencia de género, pero no certeza suficiente como para cumplimentar un Parte Judicial de Lesiones^{24,28}.

La infradetección de este problema de salud es una realidad que obedece, entre otras cuestiones, a la escasez de denuncias, incluso entre las mujeres que sí han sido capaces de identificar que están siendo sometidas a violencia de género. Entre las razones que animan a un cribado poblacional a nivel asistencial para detectar el maltrato, figura así mismo, la constancia del alto grado de satisfacción de las víctimas con la actuación de los servicios sanitarios, y de los médicos en particular, cuando han sido consultados en busca de ayuda²⁹.

El Estatuto de la víctima³⁰ promueve la dotación al sistema judicial de Oficinas de asistencia a víctimas de delitos violentos y contra la libertad e indemnidad sexual, así como la elaboración de protocolos de actuación, coordinación y sensibilización, complementando a la Ley 35/1995 de ayuda y asistencia a víctimas de delitos violentos y delitos contra la libertad sexual³¹, con el fin de minimizar la victimización secundaria mediante coordinación de recursos disponibles en atención a las víctimas.

5.- APROBADO PACTO DE ESTADO HISTÓRICO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: ¿QUÉ PAPEL DEBE DESEMPEÑAR EL MÉDICO EN LA LUCHA PARA SU ERRADICACIÓN?

Llegados a un momento en el que Gobierno junto a los partidos políticos dan luz verde a las medidas aprobadas mediante un Pacto de Estado contra la violencia de género³², los médicos han de plantearse cuál ha de ser su actuación en las consultas, desde tal posición privilegiada para detectar precozmente a las víctimas de violencia de género.

La actitud de búsqueda proactiva del médico se encuentra íntimamente relacionada con su capacidad de detección³³, ya que la ausencia de sensibilidad hacia este fenó-

meno, los prejuicios hacia la víctima del maltrato, la simplificación diagnóstica, etiquetando el problema sin profundizar en su auténtica etiología, representan obstáculos que dificultan su detección y abordaje profesional.

En el ámbito de atención sanitaria, el Pacto apuesta decididamente por convertir a los centros sanitarios en un espacio de detección temprana, atención y derivación, implicándolos activamente en los procesos de valoración de las víctimas³⁴, propugnando la implementación de fórmulas de coordinación multidisciplinar en materia de violencia de género en los centros sanitarios y hospitales donde haya profesionales de distintos ámbitos; se fomenta la creación de unidades o equipos clínicos interdisciplinarios y diferenciados en los Centros de Salud, para la coordinación de los objetivos recogidos y contemplados por el Observatorio de Salud y Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La articulación del cribado en consulta para la detección de víctimas resulta fundamental, así como la creación de un identificativo de alerta y clave de seguimiento en las historias clínicas para reconocer los casos de malos tratos³⁵. El avance en la coordinación y en la accesibilidad de la historia clínica de las pacientes, tiene como objetivo que los indicativos de alerta en los indicios y casos de violencia de género sean reconocidos en cualquier Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma, donde pueda pasar a residir la posible víctima. En este sentido, es preciso facilitar la inclusión de una codificación específica, confidencial y homogénea para los casos de violencia de género, dentro del Proyecto de interoperabilidad de historias clínicas ya en marcha por iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En aras a una prevención precoz sanitaria, se desarrollarán protocolos específicos de detección de víctimas de violencia machista en urgencias y atención primaria³⁶.

Los protocolos sanitarios e historias clínicas han de adaptarse por tanto para que, en caso de sospecha de que la sintomatología de una paciente pueda estar asociada a maltrato, se active la utilización de protocolos de cribado que permitan ayudar a la identificación de casos de violencia de género³⁷. Para ello, en colaboración con las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), se procederá a la puesta en marcha de una clave de seguimiento que permita identificar en el historial clínico, en su sistema informático, esta situación. A través de las historias clínicas, será posible identificar los datos referidos al número de lesiones incapacitantes producidas por violencia de género, y otras lesiones o dolencias, padecidas por las mujeres como consecuencia de la exposición a la violencia¹³.

Abundando en el tema, el Pacto de Estado insta al Consejo Interterritorial del Sistema

Nacional de Salud, para la introducción en los manuales de urgencias de la violencia de género como diagnóstico diferencial de las distintas patologías, así como la posibilidad de introducir en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud la cirugía restauradora para aquellas víctimas de violencia de género que puedan precisarla¹³.

Otra medida en el ámbito asistencial a adoptar, consiste en aprobar un Plan de Atención Integral a los hijos de las víctimas mortales de la violencia de género, con inclusión, entre otras prestaciones, de la atención psicológica y psicopedagógica que resulte precisa, plan que se incorporará al Sistema Nacional de Salud y planes de salud correspondientes con el fin de proveer el apoyo técnico adecuado para asegurar la formación especializada de quienes, como profesionales sanitarios, tendrán encomendada dicha atención¹³.

6.- CONCLUSIÓN

La eliminación de la violencia de género se trata de un logro alcanzable por el conjunto de la sociedad, que demanda de una actuación unitaria y de la máxima coordinación y cooperación; las diversas políticas que han de desarrollarse, desde muy distintos ámbitos profesionales, deben reclamar una coordinación para la transversalidad e integralidad en la respuesta.

Los médicos y el sistema sanitario juegan un papel crucial en cuanto a la sensibilización y lucha por la erradicación de la violencia contra las mujeres, maximizando el uso de los recursos disponibles y buscando un trabajo coordinado y en red que permita el mejor conocimiento de lo realizado y la mayor eficiencia en la prevención. Por ello, se propone dar la máxima relevancia en el ámbito asistencial a las políticas públicas contra la violencia de género, con el firme convencimiento de que una sociedad en igualdad entre hombres y mujeres, respetuosa con los derechos humanos y libre de violencia contra la mujer, es una exigencia democrática y un reto posible.

Es posible que, en los últimos tiempos, hayan mutado las formas de violencia y que, en algunos casos, exista mayor concienciación social al respecto, pero, en general, sigue existiendo una amplia mayoría social que se niega a reconocer su existencia generalizada y, por tanto, que la legitima cotidianamente. Tal hecho resulta, sin duda, la más evidente demostración de la ausencia de un verdadero cambio social en materia de igualdad de género, en tanto que su carácter hegemónico pone de manifiesto que queda aún un largo camino por recorrer para, siquiera, poder aspirar de manera real al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva n° 239. 2014; [Internet] Disponible en:<http://www.who.int>.
2. Sanz-Díez J. Violencia de género: Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género. 2005. Experiencia Ed.
3. Fiol EB, Pérez VAF. La violencia de género: De cuestión privada a problema social Gender violence: from a private issue to a social problem. 2000
4. Instituto Nacional de la Mujer. Estadísticas relativas a la violencia de la mujer. [Internet] Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOEnúm. 313, de 29 de diciembre de 2004
6. Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio, por la que se modifica el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 177, de 25 de julio de 2012: 53140-53142
7. Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández MC, y cols., Grupo de Salud Mental del PAPPs. Recommendations for the prevention of mental disorders in primary care. 2014
8. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra la Violencia de Género. 2007.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012.
10. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. BOE núm. 137, de 6 de junio de 2014: 42946-42976.
11. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 175, de 23 de julio de 2015: 61871-61889
12. Protocolo de Actuación sanitaria ante la Violencia de Género en Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. 2016. Disponible en:<http://www.juntaex.es/fi>

lescms/comunicacion/uploaded_files/2016/Sanidad_y_Políticas_Sociales/11_Noviembre/Protocolo_VG_Definitivo_07112016.pdf.

13. Boletín Oficial de las Cortes Generales Serie D: General. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D199.PDF
14. Team M. WHA49.25 prevención de la violencia: Una prioridad de salud pública fuentes documentales-bienestar y protección infantil. Disponible en: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=13&subs=16&cod=2531&page=>
15. Macroencuesta sobre la Violencia Contra las Mujeres - Informe de resultados. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
16. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(3):104-109
17. Aguar M, Delgado A, Castellano M; Luna JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten Primaria* 2006; 37:241-2
18. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, ed. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2002
19. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos: plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 2000
20. La violencia de género está infradiagnosticada - *DiarioMedico.com*. Diario Médico. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2017/06/20/area-profesional/sanidad/la-violencia-de-genero-esta-infradiagnosticada>.
21. Ruiz-Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos, 2004
22. Rohlfs I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: Un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17(4):263-265
23. Martínez M, Torres H, Martínez C, Queipo D, De La Fuente M. Evolución legisla-

- tiva de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal en el marco normativo internacional y nacional. *Rev EscuelaMed Legal* 2010(14):15-25
24. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. GACETA de 17 de septiembre de 1882. Revisión vigente desde 06 de diciembre de 2015.
 25. Casado Blanco M. Valoración médico-legal de la documentación sanitaria. Gráficas Borame, 2015
 26. Aretio A. La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios. En: IX Congreso Estatal de Trabajo Social; 6-8 de mayo, 2009; Zaragoza
 27. Atenciano B. Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *Clínica y Salud*. 2009; 20, 3: 261-272
 28. Peramato T. La incidencia de algunas de las últimas reformas sustantivas y procesales en la prevención y lucha contra la violencia sobre la mujer. Jornada sobre violencia de género: aspectos prácticos con especial referencia a las nuevas tecnologías. Centro de Estudios Jurídicos. 2015
 29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional Para la Erradicación de la Violencia Contra la Mujer (2013-2016). 2013:20-36.
 30. RD 1109/2015 (Ley del Estatuto de la Víctima en la LECRIM 4/2015, del 27 de abril). BOE núm. 101, de 28 de Abril de 2015.
 31. Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. BOE núm. 296, de 12 de diciembre de 1995: 35576-35581
 32. Todas las autonomías firman el primer pacto de estado contra la violencia de género de la historia. Disponible en: <http://www.elmundo.es/espana/2017/12/27/5a4395a3e2704e0a418b45d8.html>.
 33. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, et al. Violencia en la pareja: Papel del médico de familia. *Aten Primaria*. :425-433. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-pareja-papel-del-medico-13053461>.
 34. La vía sanitaria, destacada en el arranque del pacto contra la violencia de género - *DiarioMedico.com*. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2017/>

12/30/area-profesional/sanidad/el-abordaje-sanitario-destacada-en-el-arranque-del-pacto-por-la-violencia-de-genero.

35. La historia clínica deberá incluir el diagnóstico de violencia de género - Diario Medico.com. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2017/09/28/area-profesional/sanidad/la-historia-clinica-debera-incluir-el-diagnostico-de-violencia-de-genero>.
36. Aprobado el pacto de violencia de género con más implicación del sanitario. Redacción Médica. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/aprobado-el-pacto-de-violencia-de-genero-con-mas-implicacion-del-sanitario-6141>.
37. El Pacto de Estado contra la Violencia de Género mejora la detección del maltrato en los centros de salud. Médicos y Pacientes. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-pacto-de-estado-contra-la-violencia-de-genero-mejora-la-deteccion-del-maltrato-en-los-centros-de-salud>.

**VIOLENCIA DE GÉNERO Y MACHISMO:
LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN DE LA
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA SU
PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN**

María José Ordóñez Carbajal

Delegada del Gobierno para la Violencia de Género

En primer lugar, quiero felicitar al Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz por la organización de esta Jornada, y en su nombre, a su Presidente, Pedro Hidalgo Fernández, que bajo el acertado título de *“Violencia de Género: Prevenir, actuar, denunciar”* marca las pautas del abordaje ante la violencia de género, tratándolo desde el “antes”, la prevención; pasando por el “mientras”, la atención y protección; y llegando hasta el “después”, la **recuperación**, con el fin de abarcar todo el proceso de la violencia. Y, seguidamente, dar las gracias por esta invitación a la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género a participar en ella por cuanto, como Delegada, me encuentro plenamente vinculada a sus contenidos, y como extremeña, orgullosa y agradecida por la iniciativa.

Como bien sabemos y se ha expuesto a lo largo de las anteriores intervenciones, la violencia contra las mujeres es la manifestación más cruel de la desigualdad existente entre mujeres y hombres, que se dirige contra la mujer simple y llanamente por el mismo hecho de serlo. Es la más extensa forma de violencia existente en el mundo por cuanto las diferencias entre mujeres y hombres se han vinculado históricamente a una idea de dominio y poder de ellos frente a un papel de subordinación de ellas, dándose a nivel geográfico, en todos los países; a nivel temporal, en todas las épocas: desde la prehistoria hasta el momento actual; en todas las culturas, sin diferenciación cultural; y en todos los estamentos sociales, sin distinción de clases ni categorías sociales. Dicho esto, entenderemos que es un obstáculo para la plena realización de la igualdad entre mujeres y hombres, menoscabando el disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales y desatendiendo el valor, la riqueza y las aptitudes del 51% de la población.

Desde que, fruto sobre todo, del trabajo tenaz y de las reivindicaciones de las organizaciones de mujeres, la erradicación de las discriminaciones que sufren las mujeres comenzaron a constituir una prioridad, y por tanto, a incluirse en las agendas políticas, diversos organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas, el Consejo de Europa o la Unión Europea, lo exponen en distintos instrumentos jurídicos ratificados por España. De este modo, hemos asistido a una paulatina evolución desde que en el año 1.975 se organizara en la ciudad de México la primera Conferencia Mundial de la Mujer, para seguir con el decenio de Naciones Unidas 1.975-85, pasando por la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución 48/104, de 20 de diciembre de 1993) adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas que, por vez primera define la violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psi-*

cológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”, para culminar con la Conferencia de Pekín de 1.995, en la que se reconoce que la violencia contra la mujer es un problema que incumbe a todos los Estados y exige que se adopten medidas al respecto.

En nuestro país, a partir de 1.978, comienza a hablarse y a afrontarse la existencia de discriminación y de malos tratos hacia las mujeres, bajo el mandato de la igualdad ante la Ley que establece el Artículo 14 de la Constitución, sin que *“pueda existir discriminación por razón alguna”*. Unos años después, el cruel asesinato en 1.997 predicho mediáticamente por la granadina Ana Orantes tras haber expuesto en un programa de televisión su permanente estado de pánico ante la obligatoriedad legal de compartir casa con su exmarido, supuso un salto en el imaginario colectivo, que, sensibilizado e indignado, exigió medidas urgentes, radicales y trascendentales a los poderes públicos para proteger a las mujeres.

Es a partir de este momento cuando, la violencia contra las mujeres trasciende del ámbito doméstico y privado para pasar, por fin a ser una cuestión de orden público. De ahí el paso adelante que se da con la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección, unificando e impulsando en un único instrumento los diferentes mecanismos de protección y tutela de las víctimas de violencia de género. Así mismo, en el Preámbulo de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, se reconoce que los poderes públicos no pueden ser ajenos a esta violencia, que constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales proclamados en nuestra Constitución, como la libertad, la igualdad, la vida o la no discriminación.

La erradicación de la violencia de género exige afrontar retos y desafíos mediante el trabajo conjunto, coordinado y en colaboración con todas las instituciones, administraciones y organizaciones de la sociedad civil, desde el convencimiento de que su solución y la protección y asistencia a las víctimas es una cuestión de Estado. A partir de entonces, nuestro país ha hecho de la discriminación y la lucha contra la violencia de género en mujeres y niñas, una prioridad.

Pero creo que antes de continuar, sería necesario tratar de aclarar el papel, las responsabilidades y objetivos del organismo responsable de este tema, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, a la vez que encuadrarlo dentro de la estructura del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

La creación de la Delegación del Gobierno para la violencia de género emana de la

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género-correspondiéndole las propuestas de la política del Gobierno contra las distintas formas de violencia contra la mujer por razón de género e impulsar, coordinar y asesorar en todas las medidas que se lleven a cabo en esta materia.

También dependen funcionalmente de la Delegación las Unidades de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer y las Unidades de Violencia sobre la Mujer, integradas orgánicamente en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y en las Direcciones Insulares, que constituyen un eje de representación fundamental de la administración general del Estado en materia de violencia de género en cada una de las provincias españolas.

Dado que la atención directa a las víctimas es competencia de las Comunidades Autónomas, entendamos que nuestra labor se asienta sobre los siguientes **PILARES FUNDAMENTALES**:

- Por una parte, **LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL** entre todas las Administraciones; Comunidades Autónomas, Entidades Locales, Administración de Justicia, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, organizaciones de mujeres etc., como herramienta fundamental para garantizar la mejor respuesta institucional y fomentar la confianza de las mujeres víctimas de violencia de género en las Instituciones. Si les animamos a dar el difícil paso de la denuncia, debemos garantizar la respuesta y protección adecuadas.
- Por otra, **LA PREVENCIÓN** y **LA SENSIBILIZACIÓN** en materia de violencia contra las mujeres con el fin de abordar estas cuestiones de una forma integral.
- Finalmente, **EL CONOCIMIENTO**, ya que nos corresponde saber, en la medida de lo posible, toda la verdad sobre la violencia que se ejerce sobre la mujer. De ahí la necesidad de impulsar la investigación, el rigor en los datos estadísticos, junto con el avance y profundización, la difusión de los mismos y la transparencia.

De las acciones desarrolladas por la Delegación del Gobierno en cada uno de estos ejes vamos a hablar seguidamente, comenzando por asentar el concepto de Violencia sobre Mujer en el que hemos trabajado desde los años 80, que posteriormente define la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género como *“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.”

Así pues, en 2004, el legislador español optó por un concepto de violencia de género vinculado a las relaciones de afectividad. De los tres ámbitos básicos de relación de la persona en los que se manifiesta la violencia sobre la mujer: “maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral», la ley optó por abordar con carácter integral la violencia sobre la mujer en las relaciones intrafamiliares.

Unos años después, en el 2011, el Consejo de Europa, a través del Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, suscrito en Estambul el 11 de mayo de 2011, que España ratifica en el 2014, procede a una ampliación del concepto de “violencia contra las mujeres” entendiéndolo como *“todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”*.

Es decir, que en nuestro país hemos trabajado durante años de manera intensa contra UNA de las formas de violencia contra la mujer: la ejercida por la pareja o ex pareja. Y hemos mencionado, abordado y trabajado, impulsando a través de *“la Estrategia Nacional para la erradicación de la Violencia sobre las Mujeres, 2013-2016”*, otras formas de violencia, como la Trata de Mujeres con fines de Explotación Sexual, la Mutilación Genital Femenina o los matrimonios forzados, al mismo tiempo que planteamos la necesidad de desarrollar políticas concretas de prevención y atención para grupos más vulnerables como los menores, las mujeres con discapacidad, las mayores, las del medio rural, las inmigrantes o las minorías étnicas. Nuestra responsabilidad consiste en continuar con ese trabajo intenso extrapolado a todos los tipos de violencia que se ejercen contra las mujeres.

Así pues, casi catorce años después de la aprobación de la ley, el reto, tras la ratificación de España del Convenio de Estambul y de la aprobación del Pacto de Estado para la Violencia de Género es dotar de una legislación y de una respuesta institucional de carácter integral, no sólo a las situaciones de violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones de afectividad, sino a cualquier otra forma de violencia sobre las mujeres por el mero hecho de serlo, tales como la violencia psicológica; la

violencia física; la violencia sexual, incluida la violación, el acoso sexual los matrimonios forzosos, la mutilación genital femenina, el aborto - esterilización forzosa y la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

Mencionados los pilares fundamentales de la DGVG, debemos recordar que las competencias en materia de servicios sociales, y por tanto, la asistencia social integral a mujeres y menores víctimas de violencia de género corresponden a las comunidades autónoma y entidades locales. Es decir, sus administraciones más cercanas y accesibles deben proveer los recursos para la prevención, atención y acompañamiento. Para ello, el gobierno les aporta apoyo económico de carácter transversal, con autonomía para su gestión en función de las necesidades de cada territorio. Sin embargo, dado el carácter de coordinación, y con el fin de facilitar y tratar de homogeneizar la respuesta dada desde todo el estado, la Delegación del Gobierno para la violencia de Género impulsa y gestiona en el conjunto del territorio nacional una serie de **RECURSOS**, de carácter complementario a los asistenciales puestos en marcha por las Comunidades Autónomas, como son los siguientes:

- **Servicio de Atención Telefónica 016**: un servicio telefónico y online gratuito y profesional de información y asesoramiento jurídico en 52 idiomas para la atención de consultas procedentes de todo el territorio nacional que funciona las 24 horas del día los 365 días del año. Entre los servicios que ofrece el 016 destacan; la derivación de llamadas de emergencia al 112 en el caso de que sea necesario; coordinación con los servicios similares de las Comunidades Autónomas; información a las mujeres víctimas de violencia de género y a su entorno sobre qué hacer en caso de maltrato así como sobre recursos y derechos de las víctimas en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de información, de asistencia y de acogida; el asesoramiento jurídico especializado; la derivación de llamadas de menores de edad al Teléfono ANAR de Ayuda a Niños y Adolescentes; y la derivación de llamadas relacionadas con la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual al teléfono del Ministerio del Interior. El servicio es accesible a las personas con discapacidad auditiva y/ o del habla. Desde 2017, y gracias al acuerdo alcanzado con algunas compañías telefónicas se han desarrollado funcionalidades dirigidas a que las llamadas al Servicio 016 no queden almacenadas en el registro de llamadas de los smartphones.
- **ATENPRO, Servicio Telefónico de Atención y Protección** para víctimas de la violencia de género, que, con la tecnología adecuada, ofrece a las víctimas

de violencia de género una atención inmediata ante las eventualidades que les puedan sobrevenir, las 24 horas del día los 365 días del año, y sea cual sea el lugar en que se encuentren. Basado en la utilización de tecnologías de comunicación telefónica móvil y de telelocalización, facilita el contacto con personal específicamente preparado para dar una respuesta adecuada a sus necesidades, ofreciendo, ante situaciones de emergencia, respuesta a la crisis planteada, bien por sí mismos/as o movilizando otros recursos humanos y materiales.

Gestionado mediante Convenio de Colaboración anual con la FEMP, las víctimas que cumplan una serie de requisitos (no convivir con su maltratador y participar en programas de atención especializada de su territorio autonómico) pueden solicitar el servicio, ante los servicios municipales correspondientes.

- **El Sistema de Seguimiento por Medios Telemáticos de las Medidas y Penas de Alejamiento en el ámbito de la Violencia de Género, conocidas como Brazaletes o Pulseras**, para verificar la prohibición de aproximación a la víctima impuestas en los procedimientos en los que la Autoridad Judicial acuerde su utilización. Proporciona, además, información permanente y actualizada de las incidencias habidas, tanto en el alejamiento como en el funcionamiento de los dispositivos electrónicos, ya sean accidentales o provocadas con tres objetivos básicos: hacer efectivo el derecho de la víctima a su seguridad y contribuir a su recuperación; documentar el posible quebrantamiento de la medida o pena de prohibición de aproximación, y ser elemento de disuasión al inculpado/condenado.

Además de estos recursos esenciales de implantación en todo el Estado, la Delegación cuenta con otros instrumentos para facilitar información a las víctimas y a sus entornos, como la **Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (WRAP)** que permite la localización, a nivel nacional, de todos los recursos policiales, judiciales y de información, atención y asesoramiento más próximos a la localidad donde se encuentren las víctimas, y **la APP “LIBRES”**, aplicación para teléfonos móviles que con casi 10.000 descargas acumuladas, está dirigida principalmente a mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, o a personas que detecten en su entorno una posible situación de maltrato, y es, desde 2016 totalmente accesible a personas con discapacidad, contando además con contenidos especializados en población adolescente.

Pero además de estos recursos directos, para prevenir la violencia desde la Delegación en todo el territorio nacional contamos con una herramienta fundamental: **LA SENSIBILIZACIÓN Y LA CONCIENCIACIÓN SOCIAL**, que fomente el rechazo social al maltratador, el apoyo a las víctimas y evite que la violencia se perpetúe en las nuevas generaciones.

Desde el año 2012, todas las campañas y actuaciones de sensibilización de la Delegación tienen como slogan común *“HAY SALIDA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO”*, porque queremos enviar a las mujeres un mensaje claramente positivo: de la violencia de género se sale, y porque las propias víctimas de pidieron a las instituciones públicas una campaña esperanzadora que les recordara este horizonte positivo. Más del 77% de las mujeres que han sufrido maltrato en España declararon, en la última Macroencuesta, realizada en 2015, haber salido de él. Tal como se puso de manifiesto en el estudio sobre la *“Percepción Social de la Violencia de Género”* llevado a cabo por la Delegación en 2014, las campañas de sensibilización son muy útiles:

- El 79% de los encuestados las considera útiles para concienciar a la población sobre ello.
- El 77% creen que sirven para ayudar a las víctimas a tomar conciencia de su situación.

Por ello, desde la Delegación, hemos intensificado las actuaciones de prevención y hemos reforzado las **CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN**, difundiéndolas, no sólo por los canales tradicionales de radio, televisión y prensa sino también a través de las redes sociales y de Youtube para llegar mejor a los espacios donde se encuentran nuestros jóvenes y adolescentes, lanzándose tres campañas en el año 2017:

- La primera, dirigida a jóvenes y adolescentes bajo el lema *“Corta a tiempo. El maltrato no llega de repente”*, incide en la prevención y detección temprana de las primeras señales del maltrato y de la violencia de género digital. Un 67% de los encuestados en el estudio posterior a su difusión la recordaba, y un 84% la valoró positivamente por la claridad del mensaje.
- La campaña contra la Trata de mujeres, con el lema: *“No inviertas en sufrimiento”*, en cuya evaluación, un 63% de los entrevistados recuerda la campaña, y un 86% valora la claridad del mensaje y su capacidad de llamar la atención.
- Por último, en el mes de noviembre, la campaña de población general bajo el lema: *“Cuando hay maltrato en una pareja, no son sólo cosas de pareja. No*

permitas la violencia de género”, para concienciar e implicar a toda la sociedad, y en especial a los entornos de las víctimas.

Así mismo, para este 2018, ampliaremos desde la Delegación el número de las Campañas de Sensibilización a cinco, introduciendo una específica destinada a la violencia sexual, y otra destinada a la violencia de género en mujeres con discapacidades.

Pero además de las Campañas, para avanzar en sensibilización se trabaja con otros sectores clave: centros sanitarios, farmacias, sindicatos, eventos deportivos, culturales o periodísticos o empresas a través de la iniciativa *“Empresas por una sociedad libre de violencia de género”*. En España el 83 % de las encuestadas declaró conocer campañas sobre el tema, frente al 50 % de las mujeres europeas, según el informe *“Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE”* publicado en 2014 por la Agencia Europea de Derechos Fundamentales.

Entre las acciones de sensibilización impulsadas por la Delegación con distintos actores, destacan:

- En el ámbito empresarial, la Iniciativa *“Empresas por una Sociedad Libre de Violencia de Género”* de la que actualmente forman parte 129 empresas.
- En el ámbito deportivo, se impulsa la *Carrera Hay Salida a la violencia de género* que en 2018 celebrará su V edición, con la participación de más de 3.000 personas, hombres y mujeres. Además, se ha participado en el evento Free Yoga, en la Semana Europea del Deporte o apoyo institucional a la Carrera de la Mujer mediante el reparto entre las participantes de dorsales con el 016 en todas las ciudades del circuito. En 2017 se firmó un Convenio con el Club Deportivo Leganés para el desarrollo de actuaciones de información, prevención y sensibilización en materia de violencia contra la mujer.
- En el ámbito sanitario, y mediante convenio con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos además de las actuaciones de sensibilización, se llevan a cabo acciones formativas con el sector profesional de las oficinas de farmacia para su primaria utilización como plataformas informativas. Así mismo, se replicará la campaña realizada en el 2014 en los centros de Salud en todas las lenguas oficiales, consistente en la distribución de 17.304 carteles sobre actuaciones en caso de maltrato e incidiendo en la confianza en el personal sanitario.

Como expusimos, la Delegación tiene también entre sus principales funciones avanzar en el **CONOCIMIENTO** de la verdad sobre la violencia que se ejerce sobre la

mujer. De ahí la necesidad de impulsar la realización y difusión de informes, estudios e investigaciones sobre cuestiones relacionadas con las distintas formas de violencia contra la mujer por razón de género, así como la permanente actualización de sistemas de información para la recogida, análisis y difusión de los datos procedentes de otras Administraciones públicas y entidades con el fin de detectar el grado de efectividad de las medidas implantadas y actuar en consecuencia. Hablábamos de la realización, a partir de 2011, de un gran esfuerzo en transparencia, y para ello, en nuestra página web se publican los Boletines Estadísticos mensuales y anuales con los datos recabados. Las estadísticas sobre víctimas mortales por violencia de género, mujeres y menores, se actualizan cada vez que se confirma un nuevo caso. Por ejemplo Alemania, no hizo públicos hasta 2016 los datos sobre feminicidios, algo que España lleva haciendo desde 2003.

En España ni se callan ni se evitan las cifras, a pesar de su dureza y de la revelación que supone como problema público. No hay duda de que el silencio es uno de los mayores cómplices del maltrato. Por eso, en este ámbito tan complejo de la violencia de género la información, el conocimiento y la recopilación de datos resultan absolutamente esenciales para avanzar en la lucha por su erradicación.

Junto con la coordinación y la colaboración, para enfrentarnos a la violencia de género, la formación y sensibilización de todos los sectores profesionales vinculados a ella constituye una prioridad. En esta jornada se ha hablado y tratado largamente sobre **LA IMPORTANCIA DEL SECTOR SANITARIO** en la detección, atención y recuperación de la violencia de género. Ya la Organización Mundial de la Salud declaró, a nivel mundial, la violencia de género como un problema de salud pública, con una importante incidencia en la salud y el bienestar de las mujeres que la padecen que lleva aparejadas nefastas repercusiones.

El ámbito Sanitario, tal como reconoce la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, tiene un especial protagonismo en las actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, estableciendo en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario.

El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado en el 2012 y elaborado en el seno de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la que forma parte la Delegación del Gobierno, incluyó un nuevo apartado: “El apoyo de la Fiscalía”, incorporando un

modelo de comunicación a la Fiscalía sobre posibles indicios de una situación de violencia de género cuando el profesional no tenga la certeza de la emisión del parte de lesiones. Así pues este documento, que constituye una herramienta fundamental al profundizar en el modelo de atención integral desde los servicios sanitarios y sus especificidades en contextos de mayor vulnerabilidad, proporciona pautas de actuación homogéneas en la atención, seguimiento, prevención y diagnóstico temprano en los casos de violencia contra las mujeres, siendo además desarrollado en sus propios protocolos sanitarios por las Comunidades Autónomas.

Seguidamente, debemos mencionar que, tras la inclusión y visibilización en la *Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia contra la mujer 2013-2016* de otras formas de violencia contra la mujer, se aprobó en 2015 el *Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina*, el primero, a nivel nacional, que aborda el tema desde el ámbito sanitario, contemplando diversas actuaciones tendentes a su prevención y erradicación: proteger a las niñas ante una situación de riesgo inminente, atender a quienes la han sufrido para paliar las consecuencias de su práctica en la salud, e instar a su persecución por la jurisdicción española.

No podría cerrar mi intervención sin hablar del hito histórico que supone el alcance en nuestro país, el pasado año 2017, un **PACTO DE ESTADO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO**. Un Pacto que es fruto de un triple consenso: político, por el acuerdo casi unánime de todos los grupos políticos con representación parlamentaria; territorial, porque se han sumado al mismo todas las Comunidades Autónomas y entidades Locales a través de Conferencia Sectorial de Igualdad; y social por el acuerdo alcanzado en el seno del Observatorio Estatal de violencia sobre la Mujer, en el que están representadas las entidades y organizaciones especializadas. La implantación de las medidas que incluye el Pacto exige una coordinación y colaboración que, liderada por la administración general del estado, supone un esfuerzo colectivo de todas las Administraciones y sectores intervinientes, correspondiendo a cada uno ejecutar las medidas en su ámbito de competencias.

Tras varios meses de trabajo que comienzan en enero del 2017, en los que comparecen ante la Subcomisión de Igualdad del Congreso de 66 personas expertas en materia de violencia sobre las mujeres, así como 52 especialistas ante la Comisión de Igualdad del Senado, el proceso de suscripción del mismo en los órganos parlamentarios finaliza con la aprobación por el Congreso, sin ningún voto en contra, del Informe de la Subcomisión para un Pacto de Estado en materia de violencia de género

el 28 de septiembre de 2017, así como el 13 de septiembre se aprueba por unanimidad, en el Pleno del Senado, el Informe de la Ponencia de Estudio para la elaboración de estrategias contra la violencia de género.

Ambos documentos, tras identificar la situación analizando los problemas que impiden avanzar en la erradicación de las diferentes formas de dicha violencia, recogen un conjunto de medidas de actuación, 214 en el Congreso y 267 en el Senado, y se entregan al gobierno con objeto de que éste, en breve plazo, llegue con todos los órganos intervinientes en violencia de género a la toma de acuerdos para su desarrollo en los próximos 5 años. Desde la Delegación del Gobierno, desde el Ministerio de Sanidad SS e Igualdad hemos culminado esta tarea, no exenta de dificultades, trabajándolo a través de dos órganos:

- Tras el acuerdo **SOCIAL** alcanzado con todos los sectores en el seno del Pleno del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, el pasado 15 de diciembre de 2017, y
- Con el acuerdo **TERRITORIAL** final adoptado entre Gobierno y Comunidades Autónomas en el seno de la Conferencia Sectorial de Igualdad celebrada el 27 de diciembre de 2017.

Es decir, que el Pacto de Estado para la violencia de Género se alcanza a finales de diciembre de 2017, y comienza a desarrollarse en enero de 2018. Dado que nuestro espacio en la jornada de hoy es breve, y no podemos profundizar ni desgajar el complicado y apretado proceso de obtención de estos acuerdos alcanzados a través de ingentes reuniones de debate, análisis y conclusiones, (5 reuniones en el marco la Conferencia Sectorial de Igualdad, y 8 en el Observatorio), así como con la proliferación de grupos de trabajo liderados por esta administración alrededor de cada eje (6 en el seno de la Conferencia de Igualdad, y 3 en el Observatorio), ni el acelerado impulso y desarrollo que, desde el gobierno se está realizando para la implantación de las medidas, tras exponerles que cada uno de los dos informes del Congreso y del Senado para el Pacto de Estado están accesibles y se encuentran a su disposición para su consulta en la página web de la Delegación, <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/>, al igual que un tercero: documento de trabajo del Pacto de Estado, informe refundido en la Delegación del Gobierno que, tras un minucioso y exhaustivo estudio y cruce de cada una de las 481 medidas sumatorias de los Informes del Congreso y Senado, consta de 292 medidas consolidadas. Ambos informes contienen numerosas propuestas de avance que implican directamente al ámbito sanitario, otorgando a la sanidad un papel esencial como espacio de detec-

ción precoz y apoyo asistencial a las víctimas, especialmente en lo que se refiere al EJE 3.

Nos parece importante mencionar **LOS EJES** en los que, tomando como referencia los mismos de la Estrategia Nacional para la Violencia de Género 2013-2016, se han aglutinado las medidas:

- EJE 1:** La ruptura del silencio: acciones sensibilización y prevención de la sociedad.
- EJE 2:** La mejora de la respuesta institucional a través de la coordinación y el trabajo en red.
- EJE 3:** El perfeccionamiento de la asistencia, ayuda y protección a mujeres víctimas, y a sus hijas e hijos.
- EJE 4:** La asistencia y protección de los menores.
- EJE 5:** El impulso de la formación de los distintos agentes para garantizar la mejor respuesta asistencial
- EJE 6:** La mejora del conocimiento.
- EJE 7:** La adopción de modificaciones legislativas.
- EJE 8:** La visualización y atención de otras formas de violencia contra las mujeres.
- EJE 9:** El compromiso económico.
- EJE 10:** El seguimiento del Pacto de Estado.

Este Gobierno, a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, se encuentra, desde el día primero de enero, trabajando intensamente con plena responsabilidad y compromiso con todos los sectores relacionados, para el desarrollo conjunto, colaborativo y coordinado de las propuestas del Pacto de Estado. Pese a lo complicado de la cuestión, las modificaciones legislativas planteadas en el mismo, vinculadas a un plazo de 6 meses, se encuentran hoy, 1 de marzo, casi ultimadas incluidas en el anteproyecto de la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género en el seno de un Grupo de Trabajo formado por profesionales especializadas del Ministerio de Justicia, la Fiscalía de Violencia de Género, el Consejo general del Poder Judicial, el IMIO y personas del mundo jurídico con larga trayectoria profesional. Gracias a la colaboración conjunta, podemos decir y exponer, con absoluta transparencia, que en esta fecha, más del

50% de las medidas planteadas están en proceso de ejecución, como ya contamos con identificación absoluta y desarrollo concreto en aquellos foros a los que acudimos centrados en el Pacto de Estado.

La implantación, como cuestión básica de justicia, de todo este conjunto de medidas a lo largo de los próximos 5 años, mejorará la atención a las mujeres víctimas de violencia de género, haciéndose cada día más realidad el “Hay salida a la Violencia de Género” y conseguiremos una sociedad igualitaria, sin fisuras y por fin, libre de violencia de género.

Todo suma: cada persona, cada administración suma un poco, y la suma de muchos pocos, multiplica. Gracias por sumar.

SUICIDIO, VIOLENCIA DE GÉNERO Y RESPUESTAS

Cruz Sánchez de Lara Sorzano

*Abogada. Socia titular de Sánchez de Lara Abogados.
Presidenta de THRibune: Tribune for Human Rights.*

La violencia de género es un problema, de tal magnitud, que, desde distintos foros y en diferentes sentidos, se reitera que solo se conoce la punta del iceberg, aludiendo así al número de casos detectados, pero también a las especificidades de este fenómeno¹.

Si nos centramos en el derecho a la vida, en materia de violencia de género, las cifras por asesinatos son desbordantes. Pero, a efectos de sistematización y cómputo, y sin tener en cuenta la violencia psicológica, la económica y la ambiental, según ONU Mujeres, “se estima que² el 35% de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su compañero sentimental o violencia sexual por parte de una persona distinta a su compañero sentimental en algún momento de su vida. Algunos estudios nacionales elevan hasta el 70% la cifra de mujeres que ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida”³.

Por otra parte, las víctimas mortales de la violencia de género no se limitan a aquellas que son asesinadas por sus parejas o exparejas, no se limitan a las de los femicidios (o feminicidios). En este cómputo, habría que incluir también a todas aquellas mujeres que, como consecuencia del proceso de maltrato padecido y sin valorar o encontrar otra escapatoria, optan por quitarse la vida, como única vía que estiman posible para poner fin al sufrimiento.

Topamos aquí con otro gran tabú común a todas las civilizaciones, con otro inmenso iceberg sumergido, que como la violencia de género, es muy difícil desvincular de las connotaciones y prejuicios tradicionalmente adquiridos: el suicidio.

La Organización Mundial de la Salud, en 2014, publicó el informe “Prevención del Suicidio: Un imperativo global”⁴. La Doctora Margaret Chan, Directora de la OMS, cuando lo presentó, explicó que los suicidios “son tragedias prevenibles”.

El informe “Prevención de la Conducta Suicida”⁵, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), deja constancia literal de que *“lamentablemente, el suicidio no suele ser priorizado como un problema importante de salud pública. A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos sobre el suicidio y su prevención, el estigma que lo rodea persiste y las personas que necesitan ayuda no la buscan. Frente al riesgo que enfrentan, se sienten solas. Cabe admitir que, aun cuando busquen ayuda, muchos servicios de salud no logran proporcionarla. El desafío existe y debe dársele respuesta”*.

La confluencia del suicidio en el marco de la violencia de género se puede enfocar

desde una triple mirada: los asesinos suicidas, los falsos suicidios y las inducciones al suicidio⁶.

La primera, la más visible y publicitada, la de los agresores que ponen fin a su propia vida tras asesinar a sus víctimas. Los expertos dicen que puede deberse al temor al reproche social, a la desaparición de su objeto de dominación (la mujer) o, según la tesis mayoritaria, a la combinación de ambas cosas. El porcentaje de intentos fallidos, con la trastienda de sus motivaciones, no es objeto de este estudio. En todo caso, tal derivada ya era percibida en la literatura de la primera mitad del siglo XX cuando Ramón Gómez de la Serna⁷ escribió con ácida ironía: *“Los que matan a una mujer y después se suicidan, debían variar el sistema: suicidarse antes y matarla después.”*

Una segunda casuística, mucho menos reseñable cuantitativamente, es la expresión de la perversión de quien asesina a su pareja. Cuando el asesino inventa la coartada del suicidio de la mujer, para además incriminarla o desvalorizarla socialmente, los procedimientos judiciales para demostrar la verdad pueden adquirir una crueldad insostenible para los familiares de la víctima. No solamente tienen que probar que su hija, hermana o madre fue asesinada, sino acreditar, además, que no se suicidó. Habiendo tenido la oportunidad de intervenir como acusación en un procedimiento de estas características y, habiendo sufrido la dificultad probatoria, estimo necesaria la inclusión, en este estudio, de un apartado destinado a la autopsia psicológica, en casos de muerte violenta en entornos en los que se vive un maltrato o se sospecha que pudiera haberlo.

Pero, además, existe otro frente abierto, un frente que merece mucha más atención de la que hasta ahora se le ha prestado: el del análisis multidisciplinar de la situación de las mujeres que se suicidan como consecuencia de los procesos de violencia de género a los que no encuentran salida.

Como apunte de otros ámbitos en los que la inducción al suicidio produce causalidad y efectos jurídicos, concretamente en casos de acoso sexual, dejaremos constancia del primer antecedente en el que, en 1995, y en el caso de la muerte de Judith Coflin, se estableció, en Estados Unidos, el nexo entre el acoso y el suicidio de la víctima⁸. Su familia fue indemnizada con seis millones de dólares, hace ya más de veintidós años⁹. Sin embargo, casi un cuarto de siglo después, los avances deseados en la visibilidad del problema y su traslación a los ordenamientos jurídicos y al propio desarrollo doctrinal, siguen sin llevarse a cabo.

En lo relativo a la configuración y aplicación del tipo penal, allá donde esté, topamos con un condicionante determinado por las prescripciones legales: la exigencia de

que la inducción al suicidio se produzca de manera directa, dolosa y eficaz. Pero hay importantes variaciones en su aplicación, según los Estados.

En muchas legislaciones ni siquiera se tipifica la inducción o la instigación al suicidio. Por otra parte, en los países que la contemplan, el incipiente debate sobre la eutanasia o el suicidio asistido está fomentando la revisión de la tipificación o incluso la despenalización, abstrayéndose de la realidad de las víctimas de violencia de género que optan por quitarse la vida.

Decía Saint-Exupery que “*lo esencial es invisible a los ojos*”¹⁰. El empeño en la aplicación del Derecho Internacional de los Derechos Humanos¹¹ sobre la realidad invisible a los ojos de algunas legislaciones y Estados, es un desafío fundamental para la actividad académica y el activismo de género en sí. La clave está en lograr la trascendencia de lo oculto, en llevar “lo privado” al ámbito de “lo público”, porque los progresos en la lucha contra la violencia de género pasan por incluir sus diversos aspectos en las agendas gubernamentales para encontrar soluciones desde “lo político”.

En el ámbito jurídico, en materia de género, los logros se alcanzan de dos modos. En primer lugar, mediante la plasmación de iniciativas en textos legales. En segundo lugar, mediante la aplicación y exégesis que los tribunales hacen, dentro de los límites concedidos en cada sistema legal, a la hora de interpretar las normas, generar doctrina y crear antecedentes y jurisprudencia.

Esta tendencia se está produciendo en algunos países, como se analizará *ut infra*, pero la realidad y los datos reclaman el reconocimiento del problema de la vinculación del suicidio y la violencia de género y la adopción de las medidas pertinentes, desde la óptica del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Las fórmulas pueden ser diversas y revestirán formas distintas, según los ordenamientos jurídicos.

El DIDH sirve de paraguas para la defensa de la dignidad y las libertades de las personas. Así, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, tras proclamar la igualdad y la no discriminación en sus dos primeros preceptos, proclama, en su artículo tres, el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad.

Estamos ante un grave asunto en el que queda mucho por avanzar y, es evidente que, se hace necesario su tratamiento bajo el prisma del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Urgen criterios unificadores que influyan en las legislaciones nacionales para abordar esta problemática.

El principal obstáculo ante el que se encuentran las instituciones para el estudio y la adopción de medidas que garanticen el avance en la lucha contra la violencia de gé-

nero es la falta de sistematización de los datos, la falta de datos reales. En el caso de las víctimas que se suicidan, el secreto de la causa de su decisión de quitarse la vida suele ser enterrado con ellas.

Y cuando se trata de supervivientes, nos encontramos con que, en la mayor parte de los casos, silencian estos intentos autolíticos y son muy pocas las víctimas que denuncian su situación, por motivos que van asociados, tanto a efectos inherentes a la violencia contra las mujeres -los sentimientos de culpa y vergüenza¹²-, como a los propios del tabú del suicidio.

La acción de Naciones Unidas, a través de ONU Mujeres, y la tendencia unificadora de las legislaciones nacionales y regionales han promovido la creación de Observatorios de Violencia de Género, encargados de la recopilación y sistematización de los datos, para poder evaluar la realidad y establecer indicadores comunes que permitan el análisis y la adopción de medidas necesarias para combatir los problemas y mejorar los ordenamientos jurídicos y los sistemas asistenciales. Sirvan como ejemplos los Observatorios de Argentina¹³, España, Méjico o Uruguay.

Pero los datos son dispersos y, además, su estudio y sistematización topan con un problema básico. La violencia de género es una lacra a la que, las diferentes corrientes políticas, dan mayor o menor importancia según la sensibilidad de su ideología. Con el agravante de que los cambios políticos generan movimientos, a veces espasmódicos, en las tendencias e incluso en los enfoques estadísticos.

Los datos que se dan por sentados y que son publicados, pueden ser revisados u obviados a raíz de esos cambios políticos o institucionales. Así, citamos a modo de ejemplo, el caso de España que, en 2005 publicó un estudio sobre Suicidio y Violencia de Género¹⁴, en el que participó el Dr. Miguel Lorente Acosta, que llegó a ser Delegado Especial del Gobierno¹⁵ en esta materia. Una década después, en 2015, en la Macroencuesta que se prescribe, según la Ley 1/2004 de Medidas Urgentes contra la Violencia de Género¹⁶, no se recoge ni una sola referencia, ni un solo ítem que valore la incidencia ni de la ideación, ni de los intentos autolíticos en casos de violencia de género.

A estos efectos, la cobertura del Derecho Internacional de los Derechos Humanos es sumamente trascendental. Las pautas que se reciben por los Estados de los organismos supranacionales se aplican y se tienen por consensuados con más autoridad que las iniciativas internas. *Sensu contrario*, la omisión en estos casos deja la consideración del problema al arbitrio de las personas que están al frente de organismos e instituciones nacionales.

Por eso, los instrumentos jurídicos internacionales ya incluyen la necesidad de la recogida y sistematización de los datos, como se infiere del artículo 11 del Convenio de Estambul.¹⁷

Entre los organismos especializados de NNUU, tiene una especial relevancia en esta cuestión la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que, entre sus competencias está el tratamiento de las causas de mortandad, incluyéndose, con significación cualitativa, tanto la violencia de género como el suicidio. En la Nota Descriptiva de la OMS, de noviembre de 2016, se especifica¹⁸ que “la violencia contra la mujer puede tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio”.

De hecho, en el informe *“Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas”*¹⁹ de 2014, realizado en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, se incluye, entre los ejemplos de afecciones clínicas asociadas a la violencia de pareja, “la propensión al suicidio o autoagresión”.

Teniendo en cuenta lo anterior, los criterios para recabar estos datos de mortalidad y las directrices para establecer los indicadores al respecto, deberían ser fruto de una instrucción y recomendación desde las instituciones y organismos internacionales. Es más, deberían ser incluidos en los tratados y convenios internacionales, hasta conseguir el compromiso de los Estados a aplicarlos y progresar, así, en el estudio y búsqueda de soluciones.

Como ejemplo, citaremos lo sucedido en Chile. A partir de un caso concreto, el popularmente conocido como “Caso Antonia”, se pretende modificar la ley para introducir directamente esta casuística, tomando como referencias la normativa de otros Estados y la vinculación entre la violencia de género y la contemplación, por parte de la víctima, del suicidio como única opción de salida.

El reconocimiento se hace patente en los Estados más evolucionados, en los más comprensivos de los derechos humanos y en los más exhaustivos en los análisis que se abordan desde una perspectiva multidisciplinar. De hecho, dejamos constancia de la opinión de una División creada por el Congreso de los EEUU, cuya sede radica en las inmediaciones de Washington, ciudad en la que se presenta este ensayo. Según Richard McKeon²⁰, Jefe de la SAMSHA²¹, “el suicidio y la violencia infligida por la pareja son grandes crisis de salud pública y están estrechamente vinculadas”. Según manifiesta, las personas que han sufrido este tipo de violencia son dos veces más propensas a intentar el suicidio²².

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) es el paraguas bajo el que se cobijan las diferentes legislaciones nacionales en materia de violencia de género. Se trata de un único sistema para Suecia y para Honduras, para Estados Unidos y para Méjico, para El Salvador y para el Reino Unido.

El concepto “*género*” continúa siendo tan controvertido como cuando comenzó a utilizarse. La polémica se alimenta, en el debate social, desde el desconocimiento generalizado y la interpretación sesgada y heredada de sistemas patriarcales en muy diferentes culturas.

Existen idiomas, como el español en el que se le añade un valor peyorativo con la traducción de “*gender*” como “género”. “*Gender*”²³, en la lengua inglesa comporta matices que se pierden en su traducción convencional. Eso contribuye a que las disquisiciones se trivialicen, hasta el punto de arrinconar u obviar asuntos muy graves en las agendas políticas y, por tanto, en los ordenamientos jurídicos de muchos Estados que siguen considerando los problemas de género cuestiones de segundo orden o “asuntos de mujeres”.

En los tratados internacionales, no existen en estos momentos referencias expresas a la necesidad de promover acciones para el estudio y la adopción de medidas derivadas de la ideación autolítica como consecuencia de la violencia de género. Se trata de una gran laguna que, más pronto que tarde, convendría llenar. El suicidio o la ideación suicida que trae causa de la violencia de género, nos hace plantear una cuestión inicial: ¿Puede considerarse, en caso de quedar acreditado el delito de instigación o inducción al suicidio, el concurso con el tipo propio de la violencia de género?

El problema estriba en que la inducción o instigación al suicidio (dependiendo del país, recibe una denominación u otra) no se encuentra recogida en los ordenamientos jurídicos de muchos países. Sí lo está, sin embargo, en los de algunos Estados, entre los que se encuentra el nuestro. El Código Penal²⁴ regula en su artículo 143 la inducción al suicidio²⁵.

En España, la vinculación entre la inducción al suicidio y la violencia de género se da por hecha en las instituciones jurídicas. Así, se produjo hace ya veinte años, seis antes de la entrada en vigor de la Ley 1/2004 de Medidas Urgentes contra la Violencia de Género, la Circular 1/1998, de 24 de octubre, emitida por la Fiscalía General del Estado, sobre la intervención del Ministerio Fiscal en la persecución de los malos tratos en el ámbito doméstico y familiar².

Según una corriente doctrinal, la relación de causalidad será, pues, la condición determinante de la posible existencia de un concurso de delitos de inducción al suicidio y maltrato. En defecto de esta acreditación, la ideación autolítica únicamente está dotada de fuerza en el proceso penal por violencia de género, como indicador expreso de la existencia de un stress postraumático causado por el maltrato²⁷.

El desarrollo jurisprudencial es indicativo de la evolución en ese sentido, y en España ya existen sentencias en las que está valorada la inducción al suicidio en procedimientos de violencia de género y los agresores son enjuiciados, e incluso condenados, por ambos tipos penales.

En España, hubo un estudio precursor de otros que se realizarían en diferentes países y que se toma como referencia para el análisis del problema. “Suicidio y Violencia de Género”, la obra publicada por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, a la que hemos hecho alusión ya²⁸, divulgó en 2005 el resultado de un trabajo de investigación llamado “Ideación autolítica en supuestos de violencia de género”, que fue abordado desde una perspectiva multidisciplinar (forense, jurídica y psicológica).

Sobre una muestra de víctimas de violencia de género, se obtuvieron unos resultados que arrojaron unos porcentajes escalofriantes y sintomáticos de la gravedad de esta situación, invisible en unos Estados e invisibilizada en otros.

Así, se concluyó que el 80 % de las víctimas de violencia de género encuestadas, había pensado en el suicidio como única opción de salir de su situación y que, de estas, un 65 % había tenido uno o más intentos autolíticos.

Fueron datos sorprendentes que, desde la perspectiva forense, el Dr. Lorente, uno de los coautores, explicó como parte de la propia sintomatología de las patologías asociadas a estas víctimas (como consecuencia de su padecimiento). Así, el 60%, de las encuestadas que tenían hijos, no pensó en las consecuencias que, para ellos, supondría la pérdida de su madre. Otro de los datos significativos, es que el 64% de quienes intentaron suicidarse se sintió, con posterioridad, culpable.

Sobre la base de estos y otros resultados igualmente impactantes, la doctrina jurídica incorporó esta casuística y las resoluciones judiciales dejaron constancia de las posibilidades que tiene un ordenamiento jurídico, siempre y cuando estén tipificados los delitos de inducción al suicidio y de maltrato.

Tras varios años sin ocupar la actualidad, en 2015, se reactivó el debate con el suicidio de Sara Calleja, una mujer que sufría una situación grave de violencia y acoso

por parte de su expareja y decidió poner fin a su vida. Dejó una carta dirigida a la jueza que tramitaba sus denuncias, explicando que se suicidaba porque no podía aguantar el hostigamiento de su expareja y porque, pese a haber recurrido a la justicia, no había hallado el amparo ni la respuesta deseada. Sin embargo, el Ministerio Fiscal no acusó por inducción al suicidio en este caso²⁹.

El hecho de que nos encontremos ante un Estado garantista de Derecho, comporta la necesidad de evaluar todas y cada una de las pruebas del caso concreto para establecer si concurren los elementos del tipo delictivo. La lectura de este status quo hemos de hacerla en sentido positivo. Cuando se suscita este debate, la cuestión no es si podría estimarse la inducción al suicidio junto con el maltrato, sino que directamente se aborda el asunto, con la certeza de que si concurren los elementos del tipo, el inductor al suicidio será castigado por la muerte de la víctima.

La laxitud o el rigor de los diferentes Estados en la determinación de los elementos del tipo de la instigación (o inducción), hace que este delito sea más o menos aplicable en intentos o consumaciones de suicidio, que sean consecuencia de la situación de violencia de género que vive la víctima.

El amparo internacional tiene que encontrar soluciones, de carácter más global, heterogéneo y flexible, para un problema, que también es global y adopta tantas expresiones diferentes, como lo son los casos de violencia de género, en muy distintos entornos, en los que la muerte se presenta para la víctima como única opción aparente.

En los casos de violencia de género, la ideación autolítica de la víctima ha sido utilizada tradicionalmente como prueba en su contra, por parte de las defensas de los agresores. La unión, en un mismo procedimiento de estos dos tabúes para el entorno de la víctima y el agresor, hacía que se alegara la falta de salud mental y/o la “locura” de la mujer como explicación de su conducta y justificación de su falta de credibilidad. Eso permitía a los maltratadores escapar, en muchas ocasiones, al reproche penal.

Por analogía, nos referimos a otros factores que eran considerados en contra de la víctima, como sus comportamientos sexuales o su vida sentimental y sexual. En este sentido, el Convenio de Estambul ya insta a los Estados parte a que eviten que estas pruebas se usen contra las mujeres³⁰.

Esta realidad se va superando, a medida que se incrementa y consolida la formación y especialización de los operadores jurídicos y se producen avances en el desarrollo legislativo y doctrinal en cada Estado.

No obstante, una de las notas que definen los procedimientos penales por maltrato es la dificultad probatoria. Es un criterio tan consolidado que, algunos de los ordenamientos actualizados, conforme a las pautas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, estiman como prueba fundamental la declaración de la víctima.

Las garantías necesarias del derecho de defensa prescriben que confluyan, necesariamente, requisitos que doten de veracidad el testimonio de esa víctima, como pueden ser la ausencia de incredibilidad subjetiva, la inexistencia de un móvil espurio para la interposición de la denuncia, la aportación de pruebas indirectas que adveren los episodios concretos de su relato, las pruebas periciales forenses, los testigos referenciales... Cualquier profesional, experto en Derechos Humanos, que se encargue de la defensa de víctimas de violencia de género, conoce las complicaciones a las que se enfrenta, puesto que la comisión del delito se produce en la intimidad, el escenario en el que el agresor se siente impune y en el que esconde los actos delictivos.

En los asuntos a los que nos referimos, aquellos en los que se haya producido un resultado de muerte como consecuencia de la violencia de género y se haya materializado con el suicidio de la víctima, existe una prueba importantísima y bastante desconocida en muchos países, que puede ser determinante para demostrar la culpabilidad del agresor y su actuación como inductor al suicidio.

Esta prueba se presenta también como fundamental en los asesinatos de género, los feminicidios (o femicidios), en los que el asesino construye la coartada del suicidio de la víctima. Estos casos, a los que hemos hecho referencia *“ut supra”*, no suponen una cifra importante, pero sí son tan específicos que los profesionales que tengan que afrontarlos, deben disponer de instrucciones y conocimiento de esta herramienta para poder usarla como instrumento probatorio.

La circunstancia de no poder contar con el testimonio de la víctima, por su muerte, crea un escenario de complejidad para realizar una valoración psíquica forense: la autopsia psicológica se presenta como una técnica de evaluación reconstructiva, un instrumento forense transcendental para la investigación de la etiología del óbito, cuando son insuficientes la investigación policial y médico-forense. Es la única opción, para que el viejo axioma de que *“los muertos no hablan”*, no caiga como una losa sobre el procedimiento penal.

Sería útil y elemental que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos instara a los Estados a que sus instituciones policiales realizaran esta autopsia psicológica con el rigor necesario, como parte de la investigación.

Según Núñez del Arco³¹, la denominación de “autopsia psicológica” data de 1958, cuando el Jefe Médico Forense del Condado de Los Ángeles, Theodore J. Curphey, se encontró con varias muertes “por droga” y no tenía certeza sobre su causa. Así, pidió ayuda a Norman Farberow y otros psicólogos conductuales (como Littman y Shneidman), que realizaron un gran trabajo de aproximación multidisciplinar.

Una de las personas más citadas, en el tratamiento de esta prueba, es la doctora cubana Teresita García, que explica que la autopsia psicológica es “la exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida. Se trata de hacer una evaluación después de la muerte de cómo era la víctima en vida. Es una reconstrucción socio-psico-patológica postmortem”³². Es, lo que ella denomina, la “caracterización victimológica del homicidio” que, por extensión, podemos ampliar también al suicidio.

El resultado del M.A.P.I. es importante, sea cual sea. Si determina que la etiología es suicida, en los casos de violencia de género, arrojará datos sobre los hechos de los últimos días en la vida de la occisa y su estado mental previo al momento de la muerte.

Si del informe se desprende una etiología homicida, la autopsia psicológica arrojará datos sobre los posibles sospechosos y la incidencia de la relación de la víctima con ellos, en los últimos tiempos. En las situaciones de violencia de género, los datos obtenidos pueden ser fundamentales para determinar la causa, tanto para el caso de un asesinato, un homicidio o un intento de suicidio derivado de la situación de violencia continuada en la pareja.

Incluimos los supuestos de intento de suicidio, aunque no se haya consumado, porque en los últimos años, se están realizando autopsias psicológicas en situaciones de muerte cerebral o coma.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Margarita Bejarano Celaya, *El femicidio es solo la punta del iceberg*. Pags. 13-44. Región y sociedad / Número especial 4 / 2014.
- 2 Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*, p. 2.

The World's Women 2015, Trends and Statistics, capítulo 6, Violence against Women, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2015

Base de datos mundial sobre la violencia contra las mujeres de ONU Mujeres.

- 3 <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures> (Consulta de 6 de enero de 2018).
- 4 Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Consulta, 31 de mayo de 2015.
- 5 Organización Panamericana de la Salud, *Prevención de la conducta suicida*, Washington, DC : OPS, 2016.
- 6 No debería excluirse, aunque sea a efectos de mera constancia, que existe otro factor común a gran parte de las historias de violencia que tiene que ver con el suicidio: es muy frecuente que, ante los intentos de la víctima de desvincularse del agresor, éste la amenace con suicidarse para evitarlo. Miguel Lorente Acosta, *El Rompecabezas: Anatomía del Maltratador*. (Barcelona, Ed. Crítica, 2006).
- 7 Ramón Gómez de la Serna, *Ramonismo VI: Total de Greguerías (1927-1962)*. (Barcelona, Editorial Galaxia Gutenberg, 2014).
- 8 Cruz Sánchez de Lara & Enriqueta Chicano, *Del Acoso Sexual: Aspectos Penales*. Pags. 105-107. (Madrid, Ed. Civitas, Thomson Reuters, 2010).
- 9 Addison Hanne. *Feminist Economics*. Pág. 94. (Morrisville, Ed. Lulu.com, 2015).
- 10 Antoine de Saint-Exupéry. *El principito*. Capítulo 21. (Madrid, Publicaciones y Ediciones Salamandra, 2008)
- 11 En adelante, DIDH.
- 12 Verónica Miguel Luken. *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, 2015*. (Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales Igualdad, 2015). Por citar alguna de las fuentes en las que se recoge la concurrencia de estas circunstancias, en esta Macroencuesta nacional, se refiere que: “los sentimientos de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de alguna pareja o expareja tras los episodios de violencia son: Impotencia ante la situación: 60,7%. Tristeza: 59,8%. Rabia: 58,4%. Miedo: 51,6%. Angustia: 49,9%. Vergüenza: 38,7%. Culpa: 30,1%. Agresividad: 19,1%”.

- 13 www.cnm.gob.ar/observiomuj.php. Consulta de 13 de enero de 2018. “El Observatorio de la Violencia contra las Mujeres es una instancia creada por la Ley 26.485 (artículos 12, 13 y 14) de “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, promulgada en el mes de abril del 2009 y reglamentada en 2010. El observatorio está destinado al monitoreo, recolección, producción, registro y sistematización de datos e información sobre la violencia contra las mujeres.”
- 14 Miguel Lorente, Cruz Sánchez de Lara & Covadonga Naredo, *Suicidio y Violencia de Género*. (Madrid, Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad de España, 2005).
- 15 Fue Delegado Especial del Gobierno contra la Violencia de Género en España desde 2008 a 2011.
- 16 Vid. nota 9.
- 17 Artículo 11 – Recogida de datos e investigación
 1. A los fines de la aplicación del presente Convenio, las Partes se comprometen a: a) recoger los datos estadísticos detallados pertinentes, a intervalos regulares, sobre los asuntos relativos a todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio; b) apoyar la investigación en los ámbitos relativos a todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio, con el fin de estudiar sus causas profundas y sus efectos, su frecuencia y los índices de condena, así como la eficacia de las medidas tomadas para aplicar el presente Convenio.
 2. Las Partes se esforzarán por realizar encuestas basadas en la población, a intervalos regulares, para evaluar la amplitud y las tendencias de todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio.
 3. Las Partes proporcionarán las informaciones recogidas con arreglo al presente artículo al grupo de expertos a que se refiere el artículo 66 del presente Convenio, con el fin de estimular la cooperación internacional y permitir una comparación internacional.
 4. Las Partes velarán para que las informaciones recogidas con arreglo al presente artículo, se pongan a disposición del público.
- 18 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> Consulta del 30 de diciembre de 2017.

- 19 Organización Panamericana de la Salud. *Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. WHO/RHR/13.10. Clasificación NLM: WA309 . (Washington, DC : OPS, 2014).
- 20 En 2009, fue nombrado por el Secretario de Defensa del Grupo de Trabajo del Departamento de Defensa para la Prevención del Suicidio en las Fuerzas Armadas. Sirvió en la Alianza de Acción Nacional para la Fuerza de Tarea de Prevención del Suicidio que revisó la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio y participó en el desarrollo del Informe Mundial de Prevención del Suicidio de la OMS. También es el Copresidente del Grupo de Trabajo Federal para la Prevención del Suicidio.
- 21 <https://www.samhsa.gov> (Consultado el 27 de diciembre de 2017).

División de Prevención del Suicidio de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Estados Unidos (creada en 1992). SAMSHA está compuesta por representantes del gobierno, académicos y líderes de programas comunitarios. Entre ellos, relevantes psicólogos como McKeon, Draper (Director de la National Life Prevention Lifeline) y Kaslow (Presidenta de la American Psychological Association).
- 22 Rebecca A. Clay, *American Psychological Association. Suicide and intimate partner*, <http://www.apa.org/monitor/2014/11/suicide-violence.aspx> 2014, Vol.45. No. 10. Pag 30.
- 23 Catherine MacKinnon, *Feminism, Marxism, Method, and the State: An Agenda for Theory* (1982) Signs Vol. 7, No.3: “Las mujeres y los hombres están divididos por géneros, basado en los sexos tal como los conocemos e influido por los requisitos sociales de la heterosexualidad, que institucionaliza el dominio sexual masculino y la sumisión sexual femenina.” Página 533.
- 24 Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- 25 “1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que condu-

ciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

- 26 “La gravedad de las conductas de maltrato que se producen en el seno familiar hace indudable la necesidad de una respuesta del Derecho Penal. El principio de intervención mínima no tiene ocasión de entrar en juego a la vista de los derechos constitucionales que se ven afectados y de las consecuencias que las conductas de esta naturaleza suponen en el desarrollo de la personalidad de quienes las padecen o de quienes contemplan, pasivos e impotentes, cómo otras personas de su entorno familiar y educativo las sufren. La intervención del Fiscal debe, pues, ser decidida en esta materia, supliendo, incluso, sobrevenidos comportamientos abstencionistas de las víctimas que pudieran presentarse por variadas circunstancias de índole cultural, económica o social, que, aun explicables en el orden humano, no han de ser atendibles jurídicamente cuando se trata de la comisión de delitos de indudable naturaleza pública, cuya persecución el legislador ha querido dejar en manos del Ministerio Fiscal (art. 105 de la LECrim). La respuesta que el Código Penal ofrece ante estas conductas, que se manifiestan de múltiples formas, es, lógicamente, muy variada. De una parte, fijando su atención en los concretos actos llevados a cabo y en el resultado producido en las víctimas, cabe la aplicación de diferentes figuras delictivas: homicidio (arts. 138, 142 y 621), asesinato (art. 139), inducción al suicidio (art. 143), aborto (arts. 144 y 146), lesiones al feto (arts. 157 y 158), lesiones -cualificadas o no- y mutilaciones (arts. 147 y ss., 617 y 621), detención ilegal (art. 163), amenazas y coacciones (arts. 169 y ss. y 620), torturas (art. 173), agresiones sexuales (arts. 178 a 180), allanamiento de morada (art. 202), entre otras.”
- 27 Miguel Lorente, Cruz Sánchez de Lara & Covadonga Naredo, *Suicidio y Violencia de Género*. Página 100. (Madrid, Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad de España, 2005).
- 28 Vid. 31.
- 29 http://www.diariodeleon.es/noticias/leon/familia-sara-calleja-lamenta-fiscal-no-vea-induccion-suicidio_1210845.html (Consultado el 15 de enero de 2018).
- 30 Artículo 54 – Investigación y pruebas. 1 Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que en cualquier procedimiento, civil o penal, las pruebas relativas a los antecedentes sexuales y al comportamiento de la víctima no sean admitidas salvo que sea pertinente y necesario.

- 31 Jorge Núñez de Arco & Tatiana Huici, *El uso de la autopsia psicológica forense en el proceso penal*. Identidad Jurídica - Revista del Ministerio Público de Bolivia. Noviembre 2005 Año 1 N° 1, Pág. 235-241.
- 32 Teresita García Pérez, *Pericia en Autopsia Psicológica*. (Buenos Aires, Editorial La Roca, 2007).

LA ATENCIÓN MÉDICA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Miguel Lorente Acosta

*Profesor Titular de Medicina Legal. Universidad de Granada.
Ex Delegado del Gobierno en materia de Violencia de Género.*

1. LA RESPUESTA MÉDICA ANTE LA VIOLENCIA

En principio, responder ante la violencia no parece plantear dilema alguno, de hecho la Medicina viene haciéndolo desde su origen desde esa doble dimensión que supone aunar lo individual con lo social, lo personal con lo público, estableciendo para ello los mecanismos de coordinación y colaboración con la Administración de Justicia para alcanzar una respuesta integral que englobe los dos planos.

Sin embargo, son muchas las circunstancias en las que el ejercicio profesional de la Medicina ha entrado en conflicto con la respuesta a la violencia, especialmente conforme la sociedad se ha hecho más compleja y las circunstancias que dan lugar a la violencia se han modificado, y se han convertido en un problema social, no sólo contextual, bien por los elementos que dan lugar a ella o por su dimensión, superando la referencia individual interpersonal. En este sentido, cuatro han sido los principales factores de complejidad que han influido en la limitación de la respuesta a la violencia desde la Medicina.

1. Desconocimiento de la violencia estructural como conductas enraizadas en las propias referencias de la sociedad (ideas, valores, creencias, mitos...). No se trata de que algunas personas actúan de forma violencia sobre esas referencias y bajo determinados elementos contextuales, sino que cualquier persona puede acudir a ellas para justificar la violencia si así lo decide.
2. Reducir la violencia a la agresión, y la agresión a un problema policial y judicial.
3. Considerar la violencia por el resultado de la agresión, es decir, por la lesión física que pueda ocasionar, por la alteración psicológica o por la muerte.
4. La “instrumentalización” que algunos de sus profesionales han hecho de la propia Medicina en algunas ocasiones para minimizar la violencia, especialmente la estructural.

Estos factores y circunstancias han facilitado que el problema de salud que ocasiona la violencia sólo se entienda como una especie de “proceso agudo” y postraumático y, por tanto, que la atención médica quede limitada al abordaje de las lesiones durante el tiempo necesario para su recuperación. Bajo ese planteamiento, la prevención quedaba en un lugar marginal en cualquier de sus niveles: primaria, secundaria y terciaria, situación que se traducían en la persistencia de las circunstancias que dan lugar a la violencia, y en una evolución más crónica de las víctimas afectadas por ella.

La realidad es otra y muy distinta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como *“el uso intencional de la fuerza física o el poder, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, contra otras personas, contra un grupo o comunidad, que cause o pueda causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.

La propia OMS insiste en los dos elementos esenciales que llevan a entender el verdadero significado de la violencia. Por un lado, el uso del poder además de la fuerza física, elemento que permite incluir dentro de la violencia actos de amenaza, intimidación, negligencia y omisión, todo ello como resultado inmediato de la conducta activa o pasiva, o como consecuencia de un tiempo de abuso. Y por otro lado, la intencionalidad del acto en sí con independencia del resultado. La violencia está en la conducta realizada, no en el resultado que se produce ni en el deseo plasmado en dicha acción. Así, por ejemplo, un agresor puede cometer un acto que objetivamente sea peligroso, por ejemplo, agitar con fuerza a un bebé que llora, pero no tiene por qué querer provocar una serie de lesiones por medio de esa conducta. A pesar de esa falta de intencionalidad en el resultado, desde el punto de vista de su significado se trata de una conducta violenta.

Esta visión amplia es la que llevó a la OMS a considerar la violencia como un problema de salud, y así lo recogió en la Resolución 49.25 de la Asamblea General celebrada en Melbourne en 1996.

Y si las características de la violencia hacen de ella un problema de salud de manera general, sus consecuencias se agravan cuando se trata de violencia estructural, es decir, de aquella violencia enraizada en las propias pautas y normas de convivencia, lo cual la lleva a ser justificadas, sobre todo cuando el resultado no es grave, e invisibilizada, situación que permite su continuidad en el tiempo y repetición hasta causar graves consecuencias individuales y sociales.

2. CULTURA, SOCIEDAD Y VIOLENCIA

Existen otras formas de violencia, pero no se encuentran con esa justificación estructural, y por tanto su abordaje, prevención, atención y sanción no cuenta con las dificultades y problemas que envuelven a la violencia de género, a la violencia contra los ancianos y a la violencia contra los niños y niñas. Abordar estas violencias con sus características específicas no niega al resto de violencias y víctimas, sólo insiste en la necesidad de analizar el complejo contexto que las envuelve y que ha hecho

que estén presentes a lo largo de la historia con graves manifestaciones, sin que la sociedad haya dado una respuesta eficaz en su prevención ni en un cambio de referencias sociales para lograr su erradicación.

La violencia estructural, tal y como hemos visto, parte de la “normalidad” social y cultural, un factor clave para entender su impacto y la forma de abordarlas desde la Medicina.

Los trabajos clásicos de Walters y Parke (1964), demostraron que la violencia está determinada por la cultura y que, por tanto, determinados actos violentos y algunas formas de violencia pueden integrar esos comportamientos violentos como parte de la normalidad atendiendo a las circunstancias que la cultura considera como propias de ese tipo de hechos. Ha ocurrido con la educación, cuando se entendía que un determinado grado de violencia podía ser un revulsivo para el aprendizaje y se aceptaba lo de *“la letra con sangre entra”*, y ha sucedido con el castigo y el uso de la violencia como factor educativo por parte de los padres y el recurrido *“te pego porque te quiero”*. Y como tal construcción cultural, en el momento en que la sociedad evoluciona y modifica la forma de posicionarse ante determinados conflictos, las conductas que los envuelven también se cambian.

Y esa cultura original de donde todo parte y donde todo su integra no es neutral ni ajena a los acontecimientos del día a día, ni tampoco al significado que se les da ni a la forma de abordarlos. Esta “ausencia de neutralidad” de la cultura es clave para entender la respuesta que desde la Medicina se da a la violencia de género y a algunas de las formas de violencia que se producen en el entorno familiar. Y lo es desde el punto de vista clínico, como en las referencias éticas y deontológicas utilizadas para llevarla a cabo.

Trataré de explicarlo y para ello recurriré a una definición sencilla de cultura, quizá con una visión muy académica, para completarla después con otra más amplia que aporta un sentido más funcional y diacrónico. La primera de ellas es la que da Fran de Walls al definirla como “expresión no genética de costumbres e información”. En ella destaca la transmisión propiciada por el ambiente de diferentes tipos de informaciones, unas más simples y otras más complejas e integradas dentro de ese marco cultural en forma de tradición o costumbres. El objetivo principal de esta transmisión, a su vez, es doble, por un lado el aprendizaje mediatizado por otras personas que están presentes cuando se incorporan los “principiantes en esa cultura”, y, por otro, la adquisición de conocimiento. La cultura no es sólo pasar información práctica para resolver problemas concretos e inmediatos, sino adquirir conocimiento en términos

de significado dentro de esas pautas culturales, para saber qué significa cada una de las cosas que ocurren dentro de esa cultura.

Matt Ridley aporta una definición de cultura más amplia y la define como la “capacidad de acumular ideas e inventos durante generaciones, de transmitirlos a los demás y así unificar recursos cognitivos de muchos individuos vivos y muertos”. Destaca también la idea de transmisión de diferentes tipos de información (más simple y más elaborada), su carácter diacrónico o evolutivo, el objetivo de alcanzar conocimiento, pero además incorpora una finalidad de gran trascendencia para el significado de cultura, que es la unificación de recursos cognitivos, es decir, que todos entendamos lo mismo ante diferentes manifestaciones, alcanzar homogeneidad y armonía entre todas las referencias culturales que dan sentido a la organización y dinámicas establecidas en su seno.

Una de las primeras consecuencias para estos autores es que generar cultura es una actitud social, una mente humana solitaria, como afirma Ridley, no puede generar cultura, podrá resolver problemas, superar obstáculos, solucionar los conflictos que se le presenten, pero no podrá transmitirlos ni habrá recibido el conocimiento previo a través del aprendizaje social.

Por lo tanto, podemos afirmar que la cultura es humana y es social.

Hay algo, por tanto, que desvirtúa el concepto de cultura tal y como está construido. Efectivamente, se trata de una información dirigida a la sociedad, pero no procede de la sociedad como tal, sino de una parte de ella que establece como valor o referencia sus propios planteamientos. Si la cultura es una actitud social y en la generación de la cultura actual no ha participado la mitad de ella, las mujeres, y no lo ha hecho no por haber decidido no hacerlo, sino por haber sido excluidas y sus aportaciones desconsideradas, estaremos ante una “hemicultura” o “pseudocultura” impregnada de voces, tonos, palabras, notas, ideas y valores masculinos, que no forman una verdadera cultura e, incluso, impiden que se forme.

Sin mujeres y sin “lo de las mujeres” no hay cultura, la cultura ha de ser una creación de hombres y mujeres al ser una actitud social y dirigida a la sociedad para que esta conviva, y ello exige la igualdad a través de la participación de las mujeres. Esta situación es muy diferente a la construcción que se ha producido y a la que hemos llamado cultura, que más que una actitud social se ha creado como una estrategia de poder.

La desigualdad es la forma de estructurar la convivencia y las relaciones en la sociedad, no es una situación que se puede presentar en determinadas circunstancias,

sino que es la esencia de una sociedad jerarquizada a partir de lo que lo masculino y los hombres han considerado adecuado para toda la comunidad, tomando lo masculino como universal y dejando lo femenino como particular y propio de determinados contextos, generalmente relacionados con lo doméstico y familiar.

Y la Medicina ha partido de esas mismas referencias para establecer su respuesta ante la violencia de género, lo ha hecho históricamente y lo hace ahora. De lo contrario no podría haber tanta distancia entre lo que la cultura dice que es la realidad de las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas, y lo que en verdad es, ni el problema de salud que genera sería tan poco conocido y considerado, como aún sucede en nuestros días.

3. PRIMUN NON NOCERE: LA ATENCIÓN MÉDICA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Podría parecer que la Medicina no tiene espacio para causar un daño ante las situaciones de violencia, siempre y cuando que su respuesta se ajuste a los dictados de la buena praxis. Y así sucede en la visión tradicional de la violencia como episodio aislado y causante de una serie de lesiones físicas que pueden general un impacto psicológico agudo, pero la realidad no es así, tanto menos conforme nos acercamos a violencias estructurales, como es el caso de la violencia de género y, en muchas ocasiones, la que se produce en el entorno familiar.

Algunos datos sobre la respuesta médica ante la violencia de género según el modelo tradicional, aquel que considera que la violencia es la agresión, que la agresión se manifiesta en una lesión física, y que el papel fundamental de la Medicina es poner en conocimiento de la Justicia la existencia de dicha violencia a través del parte de lesiones, no son muy positivos. Los datos de CGPJ recogen que el porcentaje de denuncias por violencia de género realizadas a través del parte de lesiones representa entre un 10 y un 11% de todas las denuncias, sin apenas variación en los últimos años a pesar del incremento de la concienciación y de la formación en esta materia, y cuando prácticamente el 100% de las mujeres acuden a consultas médicas como consecuencia de los problemas de salud que presentan debidos a la violencia o agravados por ella.

Además, según los datos de la OMS, acuden un 20% más que las mujeres que no sufren violencia. La situación nos muestra una respuesta limitada respecto a las denuncias, pero si en lugar a las 120.000 – 140.000 denuncias anuales ponemos en

relación el número de partes de lesiones con el número total de mujeres maltratadas que hay en España, según la Macroencuesta que realiza el CIS, la cual indica que son unas 600.000 las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas o ex parejas, el porcentaje de estas mujeres que es “diagnosticado” y puesto en conocimiento de la Administración de Justicia es el 2’5%.

Por lo tanto, la visión tradicional no da respuesta a la violencia de género, circunstancia que permite que esta continúe y siga su “evolución cíclica de intensidad creciente”, pudiendo llegar hasta el homicidio. De hecho, cada año, entre el 70-80% de las mujeres asesinadas nunca habían interpuesto una denuncia, mientras que con toda seguridad habían acudido a una consulta médica por algún problema de salud relacionado con la violencia de forma más directa o indirecta.

La atención médica sobre la violencia de género y familiar tiene que cambiar, y lo primero que requiere es conocer sus características en su triple dimensión: social, individual y médica, para evitar caer en las referencias que la propia cultura ha construido sobre ella, y no tropezar en los mitos y estereotipos que ha situado a su alrededor para que todo tenga sentido bajo la justificación y minimización de esta violencia, tanto que lleva a que las propias víctimas digan aquello de “mi marido me pega lo normal”, y que luego continúen con un “...pero hoy se ha pasado”. La crítica se produce sobre la cantidad de violencia, no sobre la violencia en sí, pero los problemas de salud en esa combinación de los efectos físicos con los emocionales, se produce desde el principio, por eso acuden un 20% más a demanda de atención médica y sanitaria.

Y no hablamos de “casos aislados”, sino que la última Macroencuesta realizada en 2015 recoge que un 44% de las mujeres que no denuncian no lo hacen porque la violencia que sufren “no es lo suficiente grave”... O sea, es “lo normal”.

Para que la respuesta médica ante la violencia de género, como referencia de las violencias estructurales, pero también ante la violencia que se produce en el entorno familiar, sea adecuada, es necesario alcanzar tres objetivos:

1. Romper con toda la construcción cultural que se ha hecho sobre la violencia de género y del entorno familiar que lleva a presentarla como “normal”, tanto a la hora de recurrir a ella como luego en el momento de valorarla y darle significado.
2. No confundir la violencia con el escenario, y por tanto diferenciar la violencia dirigida contra las mujeres de otras violencias que comparten el mismo esce-

nario y resultado (lesión física, lesión psicológica y muerte), pero con unas circunstancias, motivaciones y objetivos diferentes. La idea de “violencia doméstica” o “violencia familiar” define el escenario más frecuente, pero no la esencia de las distintas violencias que se pueden producir en él, como tampoco recoge la violencia que forma parte de esos escenarios y se produce fuera, como sucede en la violencia contra las mujeres en las relaciones de noviazgo o por parte de una expareja, sin que haya un contexto doméstico o familiar.

3. Entender la violencia de género y el resto de violencias estructurales como un problema de salud originado por el contexto de violencia, no sólo por las agresiones aisladas que se puedan producir con más o menos frecuencia, y con mayor o menor intensidad.

De estos objetivos destacaremos dos cuestiones debido a su repercusión en la atención médica y a la necesidad de abordarla desde las referencias éticas y deontológicas, no exclusivamente clínicas, pues desde esa aproximación la atención será deficitaria.

a. Repercusión de las referencias culturales sobre el significado de la violencia en la respuesta profesional.

Cuando no hay conocimiento sobre un tema, el significado de lo ocurrido lo dan los prejuicios y las ideas y estereotipos que dominan en la sociedad sobre él, en este caso las mismas que justifican, minimizan y creen que la violencia de género y sus homicidios son hechos “ocasionales y aislados”.

B.S.Turvey (Criminal Profiling, 1999) insiste en que hay dos actitudes o posicionamientos que se presentan en algunos investigadores y que dificultan notablemente la investigación. Una de ellas es la “deificación” y la otra el “envilecimiento”. Ambas pueden afectar a la víctima y al agresor, pero en violencia de género se produce una combinación muy perniciosa para la investigación, como consecuencia de los factores socio-culturales.

El agresor suele ser “deificado” por su posición y las circunstancias de unos hechos que tienden a ser justificados o minimizados alrededor de determinadas explicaciones, muchas de las cuales pasan por la “buena imagen” del agresor y su “pérdida de control” como forma de explicar lo sucedido. Así, incluso tras los homicidios, son presentados como buenos vecinos, buenos trabajadores, buenos padres, buenos amigos... como si todo ello fuera incompatible con la agresión.

La víctima, por el contrario, en algunas ocasiones sufre el proceso de “envilecimiento”, por el cual se toman algunas de sus características vitales o ciertas circunstancias alrededor de los hechos (separación, una nueva relación de pareja, ser una “mala madre, esposa, ama de casa”...) y es presentada como propiciatoria o “merecedora” de lo ocurrido.

No es casualidad, como hemos visto, que ante la violencia de género se recurra con tanta frecuencia a ideas como la del “crimen pasional”, el consumo de alcohol o sustancias tóxicas, el padecimiento de alguna enfermedad o trastorno mental en el agresor, o que, incluso, ahora se hable de “hombres malos” para que la ausencia de referencias objetivas (alcohol, drogas, alteraciones psíquicas...) evite situar el problema social de la violencia de género en unos pocos hombres. Todo ello facilita que la interpretación de los hechos se traduzca en una deificación del agresor y en un envilecimiento de la víctima.

B.S. Turvey destaca que esta situación viene definida por el *“sentido subjetivo del investigador basado en su moral personal”*, e insiste en que este posicionamiento conduce a la *“apatía en la investigación al pensar que ciertos crímenes que se producen sobre personas de esas características, no merecen ser investigados”*, al menos con la suficiente profundidad como para superar los prejuicios de los que se parten.

Y esa repercusión que tienen las referencias culturales sobre la investigación de los casos, es la misma que se produce en otras respuestas profesionales, como sucede con la atención médica, y en lugar de entender a la paciente que viene con frecuencia y con una sintomatología variada propia de la violencia de género, tal y como veremos a continuación, se piensa que es una neurótica o que resulta muy pesada.

b. La violencia de género como problema de salud más allá de las agresiones.

La violencia de género se caracteriza por su continuidad en el tiempo y por seguir una dinámica cíclica de intensidad creciente. Las conductas violentas que forman parte de ella vienen caracterizadas por las agresiones puntuales que se producen en cada uno de los ataques que el maltratador lanza contra la mujer con la que comparte una relación, agresiones que vienen delimitadas en el tiempo por el comienzo del ataque y su final cuando el agresor entiende que ha alcanzado su objetivo. Pero entre cada uno de los ataques la violencia no desaparece del todo, sólo cambia de forma para permanecer a través de la amenaza, de la crítica, del rechazo, la humillación... toda una exposición a conductas y actitudes violentas que conforme se

mantienen en el tiempo van ocasionando una serie de alteraciones crónicas en el plano físico y en el psicológico que, tal y como indica la propia OMS, definen mejor el impacto de la violencia que las lesiones ocasionadas por los golpes.

Por lo tanto, a la hora de estudiar y analizar la violencia de género sobre la víctima va a aparecer el resultado de las agresiones en el plano físico y psicológico, y las alteraciones crónicas consecuencia de ese vivir bajo la violencia, que también se manifiestan a nivel físico y psicológico. Y como la violencia de género no sólo son las agresiones, sino que es el clima de amenaza y control que genera el agresor, las personas que viven bajo ese ambiente, especialmente los niños y niñas, también sufrirán las consecuencias de la violencia de género.

Sin en este conocimiento sobre la violencia de género y su impacto en las mujeres, niños y niñas que la sufren, no será posible llevar a cabo una correcta atención médica.

4. LESIONES AGUDAS EN VIOLENCIA DE GÉNERO

4.1. Lesiones Físicas Agudas

Las lesiones producidas en los casos de agresiones por parte del hombre abarcan toda la tipología lesional de la traumatología forense, desde simples contusiones y erosiones, hasta fracturas y heridas por diversos tipos de armas. El resultado dependerá de las circunstancias que envuelvan a la agresión (intensidad de los golpes, uso o no de instrumentos lesivos o armas, frecuencia de los golpes, combinación de diferentes mecanismos...). Del mismo modo, las regiones anatómicas que se pueden afectar cubren todas las posibilidades, así como las distintas estructuras orgánicas (piel, mucosas, huesos, vísceras,...). No obstante, el cuadro lesional más frecuente suele estar conformado por excoriaciones, contusiones y heridas superficiales en la cabeza, cara, cuello, pechos y abdomen. Una de las características del cuadro, sobre todo después de los primeros meses cuando el agresor alcanza un mayor control de su conducta, es la localización de gran parte de las lesiones (generalmente las más intensas) en zonas no visibles, bien porque la ropa las cubre (tronco) o porque lo hace el cabello (cabeza). Stark, Flitcraft y Frazier (1979) encontraron que las víctimas de este tipo de agresiones presentaban una probabilidad 13 veces más alta de tener lesiones en el tórax y abdomen que las víctimas de otros accidentes.

En resumen, el cuadro físico agudo más frecuente viene caracterizado por lesiones de gravedad moderada o leve respecto al pronóstico vital, localizadas en zonas donde la ropa o el cabello las hace invisibles (pecho, abdomen, espalda y cabeza), y con di-

ferente data, es decir, lesiones que se corresponden a distintas agresiones separadas en el tiempo, por lo que al llevar a cabo el reconocimiento forense se apreciarán algunas con pocos días de evolución, mientras que otras podrán ser de una o dos semanas. Junto a los hallazgos también suelen ser frecuente referencias vagas sobre molestias y dolores cuya naturaleza no se corresponde con lo referido por la mujer en el motivo de consulta.

4.2. Lesiones Psíquicas Agudas

Los trabajos realizados durante los últimos quince años han demostrado que la sintomatología psíquica encontrada en las víctimas debe ser considerada como una secuela de los ataques sufridos, no como una situación anterior a ellos (Margolin, 1988). Durante muchos años se habló de un “perfil de víctima” para explicar las agresiones sobre una serie de alteraciones psicológicas, como si fueran la causa de la violencia, cuando en realidad eran la consecuencia de ella.

Al igual que otras víctimas, la primera reacción normalmente consiste en una auto-protección y en tratar de sobrevivir al suceso (Kerouac y Lescop, 1986). Suelen aparecer reacciones de shock, negación, confusión, abatimiento, aturdimiento y temor. Durante el ataque, e incluso tras este, la víctima puede ofrecer muy poca o ninguna resistencia para tratar de minimizar las posibles lesiones o para evitar que se produzca una nueva agresión (Walker, 1979; Browne, 1987).

Estudios clínicos han comprobado que las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión. En respuesta a este peligro potencial, algunas de las mujeres desarrollan una extrema ansiedad, que puede llegar hasta una verdadera situación de pánico. La mayoría de estas mujeres presentan síntomas de incompetencia, sensación de no tener ninguna valía, culpabilidad, vergüenza y temor a la pérdida del control. El diagnóstico clínico que se hizo en la mayor parte de los casos fue el de depresión (Hilberman, 1980). El seguimiento de las víctimas ha demostrado como la sintomatología se va modificando y como tras el tercer incidente el componente de shock desciende de forma significativa. Browne ha comprobado como estas mujeres a menudo desarrollan habilidades de supervivencia más que de huida o de escape, y se centran en estrategias de mediar o hacer desaparecer la situación de violencia, aunque tal y como hemos indicado, al depender de lo que el agresor interpreta y percibe, no dan resultado y la violencia continúa su ciclo de intensidad creciente.

Existen dos condicionantes fundamentales con relación a las lesiones psíquicas:

- La repetición de los hechos da lugar a un mayor daño psíquico, tanto por los efectos acumulados de cada agresión, como por la ansiedad mantenida durante el período de latencia hasta el siguiente ataque.
- La situación del agresor respecto a la víctima. Desde el punto de vista personal el agresor es alguien a quien ella quiere, alguien a quien se supone que debe creer y alguien de quien, en cierto modo, depende. Desde el punto de vista general las mujeres agredidas mantienen una relación legal, económica, emocional y social con él.

Todo ello repercute en la percepción y análisis que hace la mujer para encontrar alternativas, viéndose estas posibilidades limitadas y resultando muy difícil la adopción de una decisión que rompa con la violencia que sufre.

5. ALTERACIONES CRÓNICAS EN VIOLENCIA DE GÉNERO

Las alteraciones crónicas aparecen como consecuencia de vivir expuestas a la violencia, y de sufrir el doble impacto de las agresiones unido a la situación mantenida de amenaza, estrés, humillación, presión, menosprecio, rechazo emocional...

Las consecuencias de esta situación aparecerán también en el plano físico y en el psicológico.

5.1. Alteraciones Físicas Crónicas

El impacto sobre la salud de las mujeres que sufren violencia de género no se debe tanto a la acción puntual de la agresión, sino a lo que se denomina “exposición a la violencia”, es decir a toda la serie de conductas y actitudes dirigidas a cuestionar la posición de la mujer bajo la imposición y la amenaza de las agresiones, y a conseguir su aislamiento de las principales fuentes de apoyo externo, tanto por las acciones llevadas a cabo por el agresor, como por el autocontrol que desarrolla la mujer para evitar los conflictos que puedan desembocar en nuevas agresiones. Esta dinámica hace que las consecuencias de la violencia vayan más allá de los ataques puntuales y que se produzcan importantes daños en el plano físico y psíquico, tanto por los efectos sobre ellas, como por la violencia y amenazas sobre otras personas cercanas, especialmente las que llevan a cabo sobre los hijos e hijas.

La OMS en su “Informe Mundial de Violencia y Salud” (2002), señala las siguientes alteraciones como las más frecuentes: Daño abdominal y torácico, hematomas y contusiones, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos gastrointestinales, colon irritable, laceraciones y abrasiones, daño ocular y reducción del funcionamiento físico.

También recoge de manera específica consecuencias sexuales y reproductivas debido al impacto de la violencia en general unido a las agresiones sexuales, que aparecen en el 40-45% de los casos de violencia de género. Las principales alteraciones ginecologías son: Trastornos ginecológicos, infertilidad, inflamación de la pelvis, complicaciones en el embarazo, enfermedades de transmisión sexual (incluido SIDA), aborto inseguro y embarazo no deseado, dispareunia, fibrosis vaginal, sangrado vaginal... (Campbell, 2002).

En definitiva, cuando se analizan las alteraciones físicas crónicas originadas por la violencia de género continuada en el tiempo, aparecen los siguientes síntomas y signos:

- Dolor crónico, fundamentalmente cefaleas y de espalda.
- Alteraciones neurológicas centrales (mareos, convulsiones...) ocasionadas por el estrés crónico y por alteraciones neurofisiológicas derivadas de los traumas repetidos.
- Alteraciones gastrointestinales (pérdida de apetito, modificación de los hábitos alimenticios, colon irritable...).
- Hipertensión arterial por los hábitos de riesgo relacionados con la violencia.
- Resfriados de repetición y procesos infecciosos respiratorios como consecuencia de una disminución del sistema inmunitario por los efectos de la depresión y del estrés.
- En el aparato genito-urinario aparecen frecuentemente enfermedades de transmisión sexual, sangrado y fibrosis vaginal, disminución del deseo sexual, irritación genital, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias...
- En general, la probabilidad de que una mujer maltratada tenga alteraciones ginecológicas es tres veces mayor que una mujer que no sea víctima de este tipo de violencia.
- Entre el 40 y el 45% de los casos, las mujeres maltratadas sufren agresiones sexuales en el seno de su relación de pareja, lo cual suele ir acompañado de

una mayor degradación y humillación verbal, por lo que los efectos se ven agravados, especialmente en lo que respecta a las alteraciones psicológicas, caracterizadas por la depresión, la baja autoestima y el estrés postraumático.

Esta situación es la que hace que las mujeres que sufren violencia de género acudan, tal y como hemos apuntado, un 20% más a los servicios sanitarios en demanda de atención médica (CAMPBELL, 2002), y que, por tanto, la investigación y el estudio médico-forense deban contemplar la historia clínica, los documentos médicos como una fuente de información para investigar la violencia de género.

5.2. Lesiones psicológicas crónicas o a largo plazo

Las reacciones a largo plazo de las mujeres que han sido agredidas física y psíquicamente por sus parejas incluyen temor, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, pesadillas, reacciones intensas de susto y quejas físicas: molestias y dolores inespecíficos (GOODMAN et al, 1993). Tras el ataque las mujeres se pueden convertir en dependientes y sugestionables, encontrando muy difícil tomar decisiones o realizar planes a largo plazo. Como un intento de evitar un abatimiento psíquico pueden adoptar expectativas irreales con relación a conseguir una adecuada recuperación, persuadiéndose ellas mismas de que pueden reconstruir en cierto modo la relación y que todo volverá a ser perfecto (WALKER, 1979).

Las consecuencias psicológicas crónicas (cognitivas, afectivo-emocionales, actitudomotivacionales, psicofisiológicas y comportamentales) del maltrato incluyen la experimentación de estrés y emociones negativas (tristeza, desesperanza, indefensión, vergüenza, ira, ansiedad, miedo, frustración...) durante y después del ataque, la amenaza o la humillación. Generalmente desarrolla sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza, reducción de sus competencias y recursos (solución de problemas, toma de decisiones, habilidades sociales...) y disminución de la autonomía y, quizás por ello, dependencia emocional del maltratador. Los síntomas más frecuentes que experimenta la mujer maltratada son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio. En los casos más graves, la mujer llega a desarrollar síntomas y trastornos crónicos de mayor o menor relevancia clínica y gravedad, como síndrome de estrés postraumático, depresión o ansiedad.

Para dar cuenta de todos estos síntomas y problemas derivados de la violencia y el maltrato y las respuestas de la mujer a la situación, Walker formuló el Síndrome de

la mujer maltratada, que está basado en la teoría de la indefensión aprendida. Recientes estudios han puesto de manifiesto la aparición de estrés crónico con repercusión en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en mujeres maltratadas, incluso sin haber sido diagnosticadas previamente de trastorno por estrés postraumático (TEP). La intensidad y duración del TEP se ha puesto en relación con alteraciones como la disociación peritraumática en el momento agudo del trauma. En general, se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves, aunque otros autores hablan de cifras de hasta alrededor del 85%.

La OMS, también en su “Informe Mundial de Violencia y Salud” (2002), señala las siguientes consecuencias psicológicas como los más frecuentes: Abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, fobias y trastorno de pánico, inactividad física, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicósomáticos, problemas en la conducta sexual y disfunciones sexuales.

Estas circunstancias hacen que en muchas ocasiones la mujer recurre al consumo de medicamentos y drogas como fórmula de evasión y, aunque con menor frecuencia, es posible que recurra al suicidio para acabar con una situación que se les hace insoportable y ven sin solución.

6. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA ATENCIÓN MÉDICA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La atención médica ante situaciones de violencia de género y en el entorno familiar exige posicionarse ante su realidad, no sólo ante su resultado, y para ello hay que adoptar una actitud proactiva que lleve a detectar, identificar, diagnosticar y tratar la violencia como un problema de salud, no sólo pensando en la respuesta que debe dar la Justicia, la policía o la Medicina Forense. Es una situación similar a lo que cada año sucede con los casos de legionelosis, a nadie se le ocurriría pensar que el papel principal de la Medicina es comunicar la existencia de casos para que desde la administración sanitaria localicen el foco que los causa, pues del mismo modo el papel fundamental de la Medicina ante la violencia de género no puede limitarse a emitir un parte de lesiones, sino que debe centrarse, al igual que ocurre con las infecciones por Legionella, en tratar el problema de salud que padece la persona que acude a la consulta.

Lo que padecen las mujeres que sufren la violencia de género es un problema de

salud, y como tal problema no se va a solucionar con ninguna de las actuaciones policiales o judiciales.

Es cierto que la atención requiere un cambio estructural y organizativo con el correspondiente desarrollo de políticas e iniciativas para llevarlo a la práctica, así lo hemos propuesto ante las comisiones parlamentarias del “Pacto de Estado contra la Violencia de Género”, pero en el mientras tanto debe ser ese posicionamiento ético unido al conocimiento el que actúe. La organización actual de la respuesta ante la violencia de género hace que existan medidas donde no están las mujeres, y que donde están las víctimas de esta violencia no haya medidas. Esto es así porque el modelo de respuesta se ha organizado sobre lo judicial, donde sólo llegan a través de las denuncias un 20-25% de todas las mujeres maltratadas, mientras que el 100% de ellas pasa en algún momento por consultas médicas sin que sean detectadas, y muchas veces sin saber qué hacer ni a dónde dirigirlas cuando sí son diagnosticadas.

Es muy importante es que quien atienda a la mujer maltratada desde la Medicina no caiga en las trampas que la propia cultura machista que origina esta violencia pone en su camino, y no reproduzca los mitos y estereotipos que llevan a creer que si ella no dice nada el médico o la médica tampoco debe preguntar, que si ella no denuncia no se debe emitir un parte de lesiones, o que si ella dice que no lo mande al Juzgado es mejor no hacerlo, porque luego el agresor puede volver a agredirla... Y tantos otros mitos que no se corresponden con la realidad.

Esa teórica posición neutral es falsa, pues no hacer nada ante la violencia de género es hacer mal, y actuar a favor del agresor que continuará con su violencia.

La atención integral desde la Medicina bajo las referencias que hemos recogido no es una opción, es una obligación derivada de la responsabilidad profesional que como profesionales de la Medicina hemos adquirido. No podemos fallarle a las mujeres que sufren la violencia de género como no se hace con otras víctimas de violencia que llegan a las consultas, ni podemos tampoco fallar a una sociedad que claramente camina hacia la Igualdad. Es nuestra responsabilidad profesional y ciudadana.

BIBLIOGRAFÍA

- Appel, AE; Holden, GW. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*. 1998, 12- 578-599
- Connell, RW. *Masculinities: Knowledge, power and social change*. 1995. Cambridge Polity Press.
- Dobie KJ, Kivlahan DR, Maynard C, Bush KR, Davis TM, Bradley KA (2004): *Archive of Internal Medicine*, 164: 394-400
- Goodman, LA., Koss,MP. Russo,NF. Violence against women: Physical and mental health effects: part 1. Research findings. *Applied and Preventive Psychology* 1993; 2: 79-89
- Herman, J. L. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992.
- Hilberman, E. Overview: The "Wife-beater's wife" reconsidered. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 1336-1347
- Jouriles, EN, McDonald, R y Noewood, WD. Documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence. *Asilomar Conference on children and Intimate Violence*. 1999.
- Koss,MP., Koss,P. and Woodruff, W. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and medical utilization. *Archives of International Medicine* 1991; 151: 342-357.
- Kubiak SP (2005) *American Journal of Orthopsychiatry* 75 (4): 451-465
- Lorente Acosta, Miguel. *Mi marido me pega lo normal*. Editorial Crítica, 2001. Edición de Bolsillo, 2003
- Lorente Acosta, Miguel. *El Rompecabezas. Anatomía del maltratador I*. Editorial Crítica, 2004.
- Lorente Acosta, M. Lorente Acosta JA. *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada: Editorial Comares, 1998.
- Lorente Acosta, Miguel. *Tú haz la comida, que yo cuelo los cuadros (Trampas y tramposos en tiempos de igualdad)*. Editorial Crítica, 2014. Reedición 2018.
- Margolin,G. Interpersonal and intrapersonal factors associated with marital violence. In GT. Hataling (eds) *family abuse and its consequences: New directions for research*. 203-217 Newsbury Park, Ca: Sage, 1988.

- Ruiz Perez I, Plazaola Castaño J: Intimate partner violence and mental health. Consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med.* (2005) 67 (5): 791-797
- Stark, E., Flitcraft, A. and Frazier, W. Medicine and patriarchal violence: The social construction of a "private" event. *International Journal of Health Service* 1979; 9: 461-493.
- Symonds, A. Violence against women: The myth of masochism. *American Journal of Psychotherapy* 1979; 33: 161-173
- Walker, L.E. *The battered woman*. Ed. Harper and Row, 1979

COMPROMISO ÉTICO DEL MÉDICO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Mariano Casado Blanco

*Presidente de la Comisión de Deontología del ICOMBA.
Vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC.*

RESUMEN

El desarrollo de la actividad asistencial del médico está llena de preguntas, dudas e incertidumbres en referencia a lo hay que hacer o a lo que se debe hacer en cada momento, y aunque es algo inherente a la profesión, sí que implica un verdadero problema en el momento de no saber o no poder dar respuestas que sean acordes con las necesidades que conlleva cada caso. De ahí que la toma de decisiones en el ámbito de la profesión médica se convierta en un proceso esencial, pero igualmente muy complejo, pues no resulta solucionable muchas veces con la metodología clínica al uso, ni con las normas legales que dominan tanto la profesión médica como nuestra propia sociedad.

Además, como de sobras es conocido, la relación médico-paciente ha cambiado, aunque como ya he indicado en alguna otra ocasión se trata de *“una relación eternamente inacabada”*¹. La realidad es que se ha pasado de un modelo básicamente paternalista, en el que el médico casi de manera exclusiva tomaba las decisiones, a un modelo de decisiones compartidas, en que la paciente demanda y busca información para participar de modo activo en la toma de decisiones de un problema de salud del cual es protagonista.

Esta generalidad es aplicable de manera absoluta al ámbito de la violencia machista. En estos casos, tan frecuentes por desgracia, el médico debe adoptar un verdadero *“compromiso”* o lo que es lo mismo el cumplimiento de una obligación adquirida, recordando siempre que la víctima tiene igualmente derechos y sin olvidar que aparte de ser personas, también son pacientes que nos demandan una atención muy particular y por una o unas cuestiones muy concretas.

Ni que decir tiene que ante estos casos, los médicos aplican sus conocimientos clínicos y curan las lesiones físicas por complejas y graves que estas sean, aplican pruebas complementarias variadas y en ocasiones hasta abundantes. A la par en el mejor de los casos y como concedores de sus responsabilidades recurren a las normas legales y emiten su correspondiente *“parte de lesiones”*, cumplimentan la historia clínica e incluso dan aviso a los cuerpos policiales y así resuelven el citado *“compromiso”*, que además es lo que la sociedad espera del médico.

Pero realmente esto resulta suficiente para plantearse si ¿has sido un verdadero médico? o por el contrario nos podíamos quedar en que simplemente *“has hecho de médico”*. No se puede olvidar que ante una violencia de este tipo, la víctima se siente mal, incluso puede tener problemas físicos que la praxis clínica descubre de forma relativamente fácil y consecuentemente trata de forma eficiente, pero también es

cierto que no se exploran otros elementos que en este caso particular son especialmente importantes y relevantes.

A éste respecto hay que tener presente que la víctima, tiene cuestiones psicológicas que deben ser detectadas y reflejadas, y quizás lo más importante y es que además quiere y le gustaría compartirlas con “su médico”. Y por supuesto que presenta problemas emocionales, que en muchas ocasiones el médico no descubre y, aún más, incluso tiene problemas éticos, que no nos atrevemos o no deseamos entrar a explorar.

En definitiva, y aunque resulte penoso, en muchas ocasiones se tiende a valorar solamente a clientes, pacientes o usuarios del sistema de salud, olvidando que cada víctima es una historia, una persona que vive una situación que realmente es muy dura y eso es vivido de manera terrible.

Ojalá que como médicos pudiéramos aplicar algún tipo de tratamiento encaminado a curar y erradicar este problema de violencia, pero en realidad lo que intentamos o debemos intentar hacer es que las víctimas de violencia de género, reciban el cuidado de la mejor calidad posible.

Y para ello, como médicos tenemos el deber de formarnos y capacitarnos en aspectos técnicos, relacionales y éticos, para llegar a ser buenos profesionales y por supuesto buenos ciudadanos en la sociedad que nos ha tocado vivir.

Es cierto que en el medio sanitario hay protocolos y la formación ha mejorado en los últimos años, pero a mi modo de ver no se ha profundizado sobre los importantes conflictos éticos que surgen en la práctica del día a día en referencia a la que conocemos como violencia de género.

Y ¿qué solución podemos dar a todo esto para actuar correctamente?. En principio hay que reconocer que no resulta fácil, pero cada vez estoy más convencido de que nos hacen falta recetas de humanización tanto en el trato como en el manejo de las víctimas de violencia. Es necesario e imprescindible el añadir a lo profesional la parte humana, sabiendo que son dos realidades diferentes pero igualmente imprescindibles.

Curar, aliviar y consolar es el compromiso que asumimos ante la sociedad y ante las mujeres víctimas de violencia, las cuales se han convertido en personas especialmente vulnerables, por ello el cumplir este deber es una exigencia ineludible.

1.- INTRODUCCIÓN

Afirma el Dr. Bugarín², que los cambios legislativos, las campañas en los medios de comunicación, la implicación efectiva de policía y juzgados: ninguna medida ha servido para que el maltrato de género salga del primer plano de la actualidad.

Ante todo esto, inicio esta exposición reconociendo que los médicos tenemos problemas éticos y si no que a buen seguro en alguna ocasión habrán tenido o tendréis una situación como la que os planteo: Una mujer durante el acto asistencial indica: *“por favor, no aguanto más, le pido que me ayude de alguna manera”*, tras lo que comienza a llorar, se encuentra desencajada y sus ojos te miran fijamente solicitando algún tipo de apoyo. La primera impresión que se puede sacar, y sin tener que activar mucho la inteligencia, es que esa mujer está sufriendo. Como médico, la segunda cuestión que se puede o debo plantearme es ¿qué hacer? o ¿qué puedo hacer por ayudarla?

En un gran porcentaje la decisión médica que se adopta, es la de “balones fuera”, mediante la derivación a la consulta del psiquiatra o a la de psicología clínica y mientras eso ocurre se le prescribe algún tipo de ansiolítico, para salir de la adversidad y autoconscienciarse que se ha hecho un buen acto médico y aplicado todo lo que estaba en mí mano.

Sabemos que la Medicina no es una ciencia exacta y que el acto médico tiene como fin ayudar y servir al individuo. En medicina, debemos buscar en cada uno de los casos lo mejor, es decir, la excelencia. Ese es sin duda alguna el gran *compromiso* que se tiene como médico. Por eso, es evidente que siempre se puede hacer algo más y en este caso se debe hacer algo más, la cuestión es si se sabe hacer y si hay suficiente implicación como para hacerla. Como bien indica Villanueva Meyer³; usualmente, cuando se habla del médico se piensa en enfermos y en problemas relacionados con ellos. Pero más allá de esto, el médico tiene el privilegio de conocer detalles de la naturaleza del cuerpo y de la mente, y esto crea un *“compromiso”* con la comunidad para ayudar a resolver y evitar problemas.

Lo que puede ocurrir generalmente y de manera real es que cuando un médico atiende a una mujer que es víctima de violencia de género, orienta o establece el diagnóstico en un largo listado de cuadros clínicos, pero en ningún momento se plantea esta opción diagnóstica y por tanto no aplica un plan tan sencillo como decirle a la víctima; *“voy a intentar que su sufrimiento sea el mínimo posible y que su situación mejore, siempre que usted esté dispuesta a colaborar”*.

Aquí es cuando debemos ser conscientes de que el médico no sabe manejar estas situaciones, no se da cuenta de que lo que la mujer víctima de violencia necesita y a veces resulta ser lo más importante, es el actuar con un gesto amable y humano, que sin duda es la mejor terapia y cuyo efecto es claramente dosis dependiente y que no tiene techo, y que una mano en el hombro o unas palabras de consuelo son el mejor remedio que se puede prescribir o mejor, aplicar.

Y ¿cuál es la gestión del médico en los casos de violencia de género?. Sin duda alguna que la asistencia es la más importante, pero también hemos de ser conscientes que esa asistencia sin una perspectiva ética, queda un poco reducida y hasta poco eficiente, al igual que sucede en cualquier otra actividad médica.

Esta implica no solamente la atención a la paciente sino también a su entorno personal. Para ello se puede actuar siguiendo los cánones científicos o técnicos y con aplicación de todas las normas legales, pero también teniendo presente que no todo lo técnico y lo legal resulta correcto y suficiente en Medicina. No basta con cumplir las normas legales para ser un buen médico.

A éste respecto Esquirol lo definió muy acertadamente, cuando indicó que: *“la Medicina y la Ética responden al mismo sentido de humanidad: atender a quien lo necesita”* y humanizar la asistencia que presta el médico es el gran reto que tenemos por delante, pues como en alguna ocasión he dicho: *“estamos formando médicos muy técnicos pero poco humanos”*.

En otros capítulos de este libro se han hecho referencia a los Protocolos, a los cuales por supuesto que respaldo, aunque en ocasiones me manifiesto crítico, y no con su existencia, sino con su aplicación de una cierta manera rígida y encorsetada. Con ello y con el diseño de algoritmos inteligentes considero que existe el peligro de que las víctimas se vean desposeídas en parte de dignidad y consecuentemente en ocasiones se vean solas y muy vulnerables. De ahí que la Ética Médica establezca puentes entre la asistencia, la investigación, el conocimiento y las personas víctimas de violencia como sujetos morales dignos, para la mejora individual y colectiva de nuestra sociedad.

2.- LA VIOLENCIA, COMO PROBLEMA MÉDICO-LEGAL Y ÉTICO

La violencia en general es un fenómeno histórico que está en estrecha relación con las condiciones y procesos económicos, sociales, jurídicos, éticos, políticos, culturales y psicológicos. Particularmente la violencia contra las mujeres, y concretamente la

violencia de género, es uno de los problemas más antiguos de la humanidad y su erradicación parece demorarse en el tiempo⁴.

La intervención de los médicos en la redacción y cumplimentación de los “partes de lesiones” y el respeto a la voluntad de la mujer agredida generan dudas que se relacionan directamente con dilemas éticos y legales no llegados a resolver de forma eficiente.

Profundizar en las conductas éticas, desde las actuaciones médico-legales, en la violencia, considerada como un problema de salud, conduce a una adecuada valoración de su señal en el enfrentamiento a la violencia y su carácter ético, social y bioético⁵. De hecho, de sobras es conocido como se reconocen las consecuencias de la violencia como dilemas en el campo de la deontología médica⁶.

En España, se han aprobado un número importante de medidas legislativas dirigidas específicamente a la violencia de género, tratando de esta manera de erradicar este serio y grave problema de nuestra sociedad. Pero como se ha dicho en varias ocasiones el Derecho Penal no resolverá el problema de la violencia de género.

Por otra parte el sistema sanitario está considerado como un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia contra las mujeres⁷. Desde que en el año 1999, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaborase el “Protocolo de actuación sanitaria ante malos tratos domésticos”, mucho se ha avanzado en esta materia y así, los servicios sanitarios de la mayoría de las Comunidades Autónomas han aprobado protocolos similares.

Tras la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se introdujo la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (RD 1030/2006, de 15 de septiembre). Y la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial aprobó en el año 2007 el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”.

A partir de aquel entonces la Administración sanitaria, tanto desde la estatal como desde la autonómica, se ha trabajado, y mucho y hasta diría que bien, en la sensibilización de los profesionales sanitarios y particularmente con el médico, para emitir los informes médicos precisos, así como el proporcionar información sobre las medidas y posibilidades, para que la mujer pueda presentar su correspondiente denuncia. Así insistimos una y otra vez, tanto a nivel docente como formador acerca de la obligatoriedad legal de la notificación al Juzgado por parte de los médicos de cualquier situación que sea constitutiva de unos malos tratos.

Y ahora que este conocimiento, esta responsabilidad está asumida por el médico, nos encontramos con otro hecho cada vez más extendido y que en cierta manera resulta hasta paradójico, y es que las mujeres que son víctimas de la violencia, en muchas circunstancias, plantean e incluso exigen al médico que no emitan dichos informes y que únicamente les den la asistencia clínica que precisan en ese momento.

¿Qué explicación, si es que la tiene, se le puede dar a esta situación cierta y real? Aunque no es una cuestión nueva, sí que se pueden plantear diferentes circunstancias o motivos que llevan a la mujer víctima de violencia a plantear esta situación o petición: circunstancias de debilidad emocional, física y social; temor a represalias, dependencia afectiva y económica al agresor, probabilidad de agravar la situación tras la denuncia, vergüenza a reconocer las cosas que han tolerado o incluso no querer perjudicar al agresor, entre otros....

En otras no pocas ocasiones las víctimas no quieren, reconocer o incluso no son conscientes de la situación en la que están inmersas, llegando a ignorar que los problemas de salud que presenta están relacionados con la relación afectiva que mantiene. E incluso un alto porcentaje de mujeres que deciden realizar la denuncia tras una agresión, y posteriormente la retiran, niegan tal agresión o incluso llegan a defender a su agresor.

Estas situaciones y algunas más generan dudas, dilemas, conflictos y hasta angustia y malestar entre los médicos, lo que implica cierta desconfianza en la mujer y una marcada frustración e impotencia en el médico, sobre todo sabiendo que la víctima va a seguir conviviendo con el agresor y saben que tal comunicación provocará casi con toda seguridad la detención de éste, su liberación posterior y quizás lo peor, el aumento de la violencia por parte de aquel.

3.- DILEMAS ÉTICOS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Son muchos los dilemas éticos que se le pueden plantear al médico ante un caso de violencia de género.

De manera esquemática se podrían resumir en:

- ¿se debe o no solicitar *consentimiento* a la mujer para anotar en la historia clínica información relacionada con su proceso?
- ¿se debe anotar todo *tipo de maltrato*?,

- ¿se debe considerar igual una humillación que un traumatismo físico?,
- ¿se debe anotar en la historia clínica de un maltratador, que es un maltratador?,
- ¿debe constar en la *historia clínica de los hijos* que su madre es una mujer maltratada y su padre un maltratador?
- si una mujer rehace su vida y solicita que se *borren los antecedentes* de maltrato de su historia clínica, ¿tiene derecho a que se haga?
- qué hacer cuando la mujer solicita expresamente que no quede *reflejada en la historia clínica* su situación.
- ¿qué hacer cuando una mujer solicita que no se emita el “*parte de lesiones*”?

De los cuatro principios éticos que están presentes en cualquier acto médico, la *no maleficencia* y la *justicia* son las que implican mayor obligación⁸.

Por ello cuando el médico toma una decisión esta debe estar basada en las consecuencias que puede conllevar, procurando no hacer más daño del que se pretende evitar, lo cual en ocasiones permite excepciones.

Hay médicos que actúan siguiendo la ética de la convicción, es decir aquella que valora exclusivamente el cumplimiento de las normas, y aunque en principio no podemos estar en contra, se queda en una ética de mínimos y es preciso plantearse el aspirar a una ética de máximos, es decir aplicar la ética de la responsabilidad, que es aquella que valora las consecuencias del acto.

Esto que pudiera ser complicado, para algunos, implica que el estilo profesional y el actuar siendo verdadero médico, es el de ser deliberativo, no impositivo, acompañando, cuidando la vida, los valores, las emociones y la seguridad afectiva de la mujer víctima de la violencia de género.

Y entonces ¿cómo se debe actuar, en estas situaciones?. Dada la limitación de la exposición, únicamente haremos referencia a dos situaciones que se plantean de manera muy frecuente.

1. Cuestión sobre si se debe o no recabar el consentimiento de la víctima para hacer constar en la historia clínica información relacionada con el proceso de violencia y cómo actuar si la mujer solicita expresamente que no quede reflejada en la historia clínica tal hecho.

La respuesta no es sencilla y se plantea un conflicto entre valores que es preciso so-

pesar antes de tomar una decisión. Concretamente, el valor seguridad frente al valor intimidad. Por una parte, el médico se encuentra en la obligación de su práctica asistencial de actuar de conformidad con la *lex artis*, a la que se añaden, en determinadas situaciones, las obligaciones impuestas por las leyes y que son, eso precisamente obligaciones o deberes para el médico.

Pero a la vez, las víctimas tienen el derecho a la intimidad sobre las cuestiones personales de carácter básicamente asistencial, garantizando así su protección a los daños que le podría ocasionar la difusión de tales datos.

Ante esto, la forma más correcta de actuar es recordando que el médico está obligado a recoger en la historia clínica todos los datos que considere relevantes para el caso asistencial que está atendiendo. A éste respecto la legislación es clara, ya que el artículo 2.6 de la Ley 41/2002 establece que “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica”.

De esta forma y a tenor de lo indicado, la paciente no puede decidir qué datos de los que refiere, o el médico infiere de su relación con la víctima, son o deben ser anotados o no, puesto que impediría la esencial función de la prestación asistencial.

Abundando un poco más, es interesante tener en cuenta que la violencia de género ha pasado del ámbito privado al público, lo cual y jurídicamente hablando se tratan de delitos públicos y por tanto perseguibles de oficio.

Pero aún así hay que tener presente que la propia Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente implica a los profesionales sanitarios y particularmente al médico a la confidencialidad respecto a la información conocida.

Y este compromiso de confidencialidad implica el registro confidencial de la información, la preservación de la privacidad de los datos personales, evitar adjuntar en los informes información clínica que no esté relacionada con la historia de maltrato y garantizar un contexto de intimidad.

2. Situación en que la víctima solicita, al médico que la asiste, la no emisión del “parte de lesiones”.

Sin entrar en excesivos detalles, pues ya se ha hecho mención en otro capítulo de este texto, sí es preciso recordar a éste respecto que existe para el médico la obligación de comunicar tales hechos, porque como indicaba anteriormente se trata de un delito público, y por tanto la denuncia se configura como un deber social susceptible de ser sancionado para todo aquel que presencie el hecho delictivo (art. 259

LECrim), pudiendo imponérseles una multa, además de las responsabilidades específicas derivadas de su cargo, si se incumple esta obligación (art. 262 LECrim).

La LECrim contempla de modo específico esta obligación para los médicos en su art. 355. Por ello las revelaciones que realice la víctima durante la anamnesis médica tendrán la consideración de *noticia criminis* para abrir posteriores diligencias contra el agresor, y por supuesto que servirán como prueba de los hechos investigados.

De esta manera esta obligación se cumple mediante la notificación al juzgado del “Parte de Lesiones” e “Informe Médico Asistencial” que le acompaña, debiendo informar previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y quedándolo registrado en la correspondiente historia clínica.

Ahora bien, hay que tener muy presente que al emitir un “parte de lesiones” es formal asegurarse de que este hecho no provoque un perjuicio para la mujer. Por ello reitero la necesidad de informar previamente, valorar la seguridad de la víctima y garantizar su protección. En caso de que la mujer manifieste su negativa a la emisión del parte y no se exploren sus miedos y necesidades, el médico estará rechazando el principio de no maleficencia.

De ahí que sea preciso establecer pautas de actuación según el caso detectado y en función de si la víctima reconoce o es capaz de reconocer o no el acto violento de maltrato, el riesgo e incluso la situación de peligro a que se encuentra sometida.

De este modo, en determinados casos, puede ser adecuado, con la finalidad de evitar esos posibles riesgos post-denuncia, el retrasar de momento la citada comunicación al órgano judicial. Todo ello, con la necesaria y justificada motivación y dejando constancia en la correspondiente historia clínica.

A modo orientativo se pueden plantear tres situaciones posibles pautas de actuación:

- a) la mujer presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos: Ante esto, en primer lugar es preciso registrar en la historia clínica la referida sospecha así como la actuación realizada, incluyendo la valoración de la vulnerabilidad y el riesgo. Ante esto, el médico debe aplicarse en exponer la situación de tal manera que la mujer sea capaz de tomar conciencia acerca de las relaciones a que está sometida así como las consecuencias de la misma en su salud, tanto física como psíquica. En el caso de que el médico establezca el diagnóstico de sospecha segura de violencia de género y haga una valoración la situación como de riesgo para la mujer, está obligado comunicar este

hecho de forma directa e inminente al Ministerio Fiscal, para que se proceda a su posible investigación.

- b) la mujer reconoce sufrir actos de violencia pero no se encuentra en peligro extremo:

Aquí habría que actuar como se ha indicado anteriormente y establecer una estrategia de seguridad para el caso de que se presente una situación extrema de violencia. Así y para actuar correctamente se debe derivar, en caso necesario, a la víctima al Trabajador Social o en su caso a los recursos sociales que se hayan establecido, y del mismo modo cumplimentar el “parte de lesiones” si fuera preciso y según el criterio de las lesiones objetivadas.

Si la mujer niega interponer una denuncia y el médico tiene certeza de que ocurren dichos actos, es recomendable comunicar la situación a la Fiscalía, para que decida cuál es la situación procesal más apropiada.

- c) la mujer reconoce sufrir malos tratos y sí se encuentra en peligro extremo, la forma de actuación más correcta es la de emitir el “parte de lesiones” y el “informe médico asistencial” y remitirlos al juez de guardia de la forma y manera más rápida posible; y derivar con carácter urgente al trabajador social o servicios de apoyo para mujeres maltratadas, servicios específicos de su comunidad autónoma y aplicar el protocolo de coordinación interinstitucional que tenga aprobada la propia Comunidad Autónoma.

4.- CONCLUSIONES

1. Es imprescindible que el médico tome conciencia que la detección de la violencia de género y la atención a las víctimas forma parte del acto médico.
2. Siguiendo un principio médico forense; “solo se ve lo que se busca y solo se busca lo que se tiene en la mente” por ello es necesario saber y conocer lo que implica la violencia de género para poder identificarla.
3. La ley establece y obliga el *compromiso* de los médicos en la lucha contra la violencia de género, que incluye formarse, estar alerta y actuar activamente en la prevención, detección, asistencia y tratamiento de los casos de violencia de género.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Blanco M. *“La Comunicación Médico-Paciente, La Eterna relación inacabada”*. XVI Premios Científicos de la Fundación A.M.A. “Comunicación y Salud”. 2017
2. Bugarín Rosendo. *Violencia de género. Aspectos éticos en la atención primaria* Andavira, 2017.
3. Villanueva Meyer M. El compromiso con la excelencia. *Galenus* nº4. 69; 11(2):4.
4. Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit* vol.21 no.4 Barcelona jul./ago. 2007.
5. Ponce Zerquera F, Suárez Mella R. Estado actual y perspectivas de la nueva deontología médica cubana. En: Acosta Sario JR. *Bioética desde una perspectiva cubana*. 3 ed. La Habana: Centro Félix Varela; 2007, p.192-6.
6. Castillo Arocha I, Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. Algunos aspectos relacionados con la Bioética y la Deontología Médica. [citado 30 jun. 2018]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol31_4_12/ibi01412.htm
7. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero Piñar MJ. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20:202-8.
8. Barbero J. El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética. En: *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 225-39.

LOS MÉDICOS Y SU COMPROMISO EN LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

María Castellano Arroyo⁽¹⁾

Mariano Casado Blanco⁽²⁾

*⁽¹⁾ Catedrática de Medicina Legal Universidad de Alcalá de Henares.
Académica de Número de la Real Academia Nacional de Medicina y
Ex-Vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC.*

*⁽²⁾ Presidente de la Comisión de Deontología del ICOMBA.
Vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC.*

Como ya ha quedado patente en los capítulos previos de este texto, que tan magníficamente patrocina el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz, es preciso llamar la atención de los médicos para potenciar el compromiso que se tiene con respecto a los temas relacionados con la violencia y en especial con la violencia contra la mujer.

Los médicos no podemos mostrarnos ajenos en el tema de la violencia contra la mujer, recordando casi de manera constante que los valores que marcan la propia Ética Médica, tiene que estar presentes también en estas situaciones clínicas que en muchas ocasiones no delatan un diagnóstico de gravedad en la mujer, pero que sí precisan de una constante atención.

Cualquier especialidad médica en general, pero de forma particular la Medicina de Familia y aquellos que prestan asistencia médica en servicios de urgencias y que ocupan un escalón asistencial de entrada, los hace especialmente protagonistas en referencia a la prevención de la violencia contra la mujer. Es responsabilidad de estos de estar atentos y alertas a la detección de que la paciente oculte una situación de maltrato y conseguir generando confianza que la mujer refiera sus problemas. Deben apoyar y ayudar a la víctima en la denuncia, evaluando su situación, así como los recursos disponibles que garanticen su seguridad inicial y los sucesivos pasos para la mejor orientación y solución del problema.

Para ello y como ya se ha hecho referencia en algún capítulo, el problema se debe considerar como un tema de salud individual y pública y así debe ser atendido, teniendo muy presente la estructura familiar, su situación económica y social y otras circunstancias particulares que pudieran concurrir en la víctima, tales como embarazo, discapacidad, etc..

Desde la tipificación del delito de violencia en el ámbito familiar en el Código Penal numerosas han sido las normas legales de diferente rango, que ya han sido comentadas ampliamente en otros capítulos, y que se han ido promulgando con la finalidad de dar posibles soluciones a esta lacra social que vivimos en nuestro ámbito social.

En una primera fase se arbitraron medidas de protección para las mujeres víctimas, al mismo tiempo se organizaron cursos de formación que sensibilizaron a las fuerzas de seguridad del estado instituyendo equipos de apoyo en estrecha relación con los Servicios de Atención a las Víctimas. Más tarde se atendieron las sugerencias sobre la importancia de atender al agresor en los aspectos médicos a fin de tratar posibles adicciones a alcohol o drogas o patología mental, en el caso de que existieran, ya que la mejoría/curación del agresor proporcionaba seguridad a la víctima. Desde la

visión de la Medicina Legal siempre se consideró la importancia de la evaluación integral del caso y de forma particular, la valoración médico-psicológico-psiquiátrica de la víctima y del agresor a fin de determinar el riesgo que constituía para la víctima, creándose de esta manera las Unidades de Valoración integral de violencia de género integradas en el organigrama de los Institutos de Medicina Legal.

Abundando en el compromiso médico y aprovechando la celebración en Badajoz de las XXI Journées Méditerranéennes de Médecine Légale durante el mes de abril del año 2016 y con una importante y relevante colaboración del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, se organizó una mesa redonda, con participación de ponentes de diferentes países, y se concluyó con la propuesta de un Decálogo contra la Violencia de Género, con el respaldo de la Sociedad Española de Medicina Legal, y al que se le dio el nombre de *“Decálogo de Badajoz”*.

Este Documento presenta todas las posibles medidas preventivas que viniendo desde los diferentes frentes implicados, incidan en la prevención y erradicación de la violencia familiar y de género, en particular. Son medidas que bien coordinadas e integradas, y bien aplicadas favorecen el mejor aprovechamiento de todos los recursos de que se dispone en este campo.

De manera resumida se puede resaltar lo primordial que resulta una adecuada información y educación desde la infancia en lo referente al respeto a las personas, iguales en derechos y en dignidad, considerando estas conductas como rechazables socialmente y fuera de cualquier justificación, en el que juegan un papel esencial los medios de comunicación. Del mismo modo es esencial tanto la detección como el abordaje precoz del problema, haciendo uso de los recursos disponibles y velando y cuidando, en primer lugar, la seguridad de la víctima. Paralelamente se exige un compromiso familiar en reconocer la realidad del hecho, apoyando a la víctima en su seguridad e impulsando la denuncia de estos actos.

Es preciso tener presente la trascendente labor del ámbito policial atendiendo el problema adecuadamente desde su origen, cuidando la dignidad de la víctima, facilitando la denuncia y la asistencia médica, y ofreciendo la posibilidad de solicitar la correspondiente orden de protección.

No olvida el Decálogo la actuación tanto judicial, quienes adoptan las medidas adecuadas a la seguridad de la víctima, como la evaluación médico-forense realizada en las anteriormente referidas Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género, constituidas por médicos forenses, psicólogos y trabajadores sociales.

Especial interés tiene el punto 4 del citado Decálogo, donde se hace referencia al ámbito médico-asistencial, donde su actuación resulta primordial, con dos pilares básicos como son el detectar de modo precoz las situaciones de maltrato y el atender el problema como un tema de salud individual y pública.

DECÁLOGO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

DECÁLOGO DE BADAJOZ

La lucha contra la violencia familiar y de género debe ser abordada cumpliendo los siguientes objetivos estratégicos:

1. Formación y Educación-Medios de Comunicación

- a) Niños y jóvenes. La igualdad y el respeto al otro/a como principio de conducta. Enseñar el método para conseguir el mejor conocimiento de uno mismo, para así, conocer mejor al otro/a y aceptarlo en su personalidad e individualidad
- b) Adultos. Información y educación en la realidad legal en lo que se refiere a la obligación del respeto a las personas, iguales en derechos y en dignidad. Especial incidencia en la igualdad entre hombres y mujeres.
- c) Los medios de comunicación llegan a personas, lugares y espacios muy amplios. Tienen el deber de tratar la violencia familiar y de género con mensajes claros a través de campañas, programas y otras actuaciones, considerando estas conductas como rechazables socialmente y fuera de cualquier justificación. Transmitir el apoyo incondicional a las víctimas por parte de toda la sociedad. Aprovechar todas las oportunidades para colaborar con las directrices educativas en este ámbito.

2. Detección

- a) Conflicto familiar. Intervención y apoyo psicosocial y legal para su mejor solución, y como medio de prevención de la violencia.
- b) Violencia de género. Identificar el problema y abordarlo precozmente con los recursos disponibles, velando y cuidando, en primer lugar, la seguridad de la víctima.

3. Entorno Familiar

- a) Compromiso familiar. Reconocer la realidad del hecho. Apoyar a la víctima en su seguridad y la denuncia. Participar y ayudar en la mejor orientación y solución del problema.

4. Ámbito Médico-Asistencial

- a) Sospecha. Dotar a los médicos de formación específica para detectar este problema en su inicio.
- b) Diagnóstico. Establecer protocolos precisos para que a través de una anamnesis, síntomas y signos sea posible, para cualquier médico realizar un diagnóstico de sospecha de violencia.
- c) Denuncia. En el Parte de Lesiones al Juez, el médico debe realizar una valoración realista de la situación, derivada fundamentalmente de las lesiones, poniendo especial énfasis en los riesgos inmediatos. Tomar las decisiones conducentes a asegurar las pruebas de convicción, asesorando a la víctima y buscando la colaboración especializada necesaria.
- d) Ayuda. Apoyar y ayudar a la víctima en la denuncia, evaluando su situación, así como los recursos disponibles que garanticen su seguridad inicial y los sucesivos pasos para la mejor orientación y solución al problema.
- e) Atender el problema como un tema de salud individual y pública, teniendo en cuenta la estructura familiar (hijos), situación económica-social y otras circunstancias particulares. Proporcionando de inmediato, el tratamiento que esté indicado.

5. Ámbito Policial

- a) Atender el problema adecuadamente desde su origen. Cuidar la dignidad de la víctima, facilitando la denuncia y la asistencia médica (si esta es necesaria), recabando los datos indicativos del riesgo que la situación concreta supone para la víctima e inmediato traslado al ámbito judicial. Ofrecer la posibilidad de solicitar la Orden de protección.

6. Ámbito Judicial (Jueces y Ministerio Fiscal)

- a) Valoración de la realidad y gravedad del hecho tanto por el Ministerio Fiscal (que deberá solicitar las medidas) como por el Juez que debe aprobarlas. Diligencia para tomar las medidas adecuadas a la seguridad de la víctima. Disponer las medidas necesarias para la evaluación médico-forense del agresor y de la víctima de forma precoz.

7. Evaluación Médico-Forense de la denuncia por Violencia de Género. Se realizará en las unidades de valoración integral de Violencia de Género. Víctima

- a) Evaluación médica y psicológica-psiquiátrica de la víctima. Valorar el daño (físico o psíquico) que pueda haber sufrido. Evaluar los apoyos médico-psicológicos necesarios para la mejor recuperación personal y socio-laboral de la víctima. Colaboración de los equipos psicosociales (psicólogos y trabajadores sociales).

8. Evaluación de los hijos menores de edad

- a) Son igualmente víctimas. Valorar su papel en el conflicto. Valorar el daño psíquico sufrido. Valorar los apoyos médico-psicológicos que necesitan para superar adecuadamente y sin secuelas la situación tanto personal como familiar y social. Valorar medidas relativas a patria potestad, custodia, visitas, etc. Del presunto agresor, atendiendo a los datos reales de cada caso.

9. Evaluación del agresor

- a) Es fundamental. Se debe hacer la valoración médico-psicológico-psiquiátrica, la cual irá orientada a la determinación DEL RIESGO QUE ÉSTE REPRESENTA PARA LA VÍCTIMA. Para ello es preciso evaluar: personalidad (rasgos de riesgo) actitud hacia la víctima, expresión manifiesta o latente de amenazas, adicciones (alcohol, otras), incumplimiento de medidas judiciales (desobediencia, orden de alejamiento...) y comportamientos antisociales, agresivos o violentos.

10. Evaluación integral y propuestas Médico-Sociales-Judiciales

- a) Armonizar la información obtenida de la víctima, de los hijos y del agresor

para comprender y explicar la dinámica de la relación de pareja y de la violencia.

- b) Trasladar a la autoridad judicial la realidad de la víctima: valoración del daño (a efectos judiciales de calificación de la gravedad del delito) y la situación de los hijos. Manifiestar las necesidades médico-psicológicas de tratamiento para minimizar el daño y favorecer la recuperación personal y socio-laboral.
- c) Trasladar a la autoridad judicial la realidad del agresor. La seguridad de la víctima depende del agresor, por tanto es objeto médico-forense principal la correcta valoración del riesgo que este representa para la víctima, especialmente en el Juzgado de guardia.

CONCLUSIONES

Rocío Martínez Gallardo

Vocal de Médicos en Precario del IcomBA.

Médico Especialista en Nefrología.

Hospital Regional Universitario Infanta Cristina, Badajoz

La violencia de género es una forma especial de maltrato contra la mujer que se basa en un concepto establecido culturalmente de superioridad del hombre sobre la misma. Este tipo de conductas delictuales han pasado hábilmente desapercibidas hasta la historia reciente internacional, momento en el que se ha plasmado la necesidad de llevar a cabo la regulación específica de la violencia de género, siendo considerada un problema mundial que atenta contra los derechos humanos de las mujeres.

La regulación legislativa de la violencia de género ha sido objeto en los últimos años de constante evolución, resultando necesario conocer las repercusiones que éstas han obrado en la población actual con el fin de indagar sobre su eficacia, analizando si están o no en el camino correcto para eliminar la violencia de género.

Los datos referentes a la violencia de género reflejan la supervivencia de esta situación en la sociedad actual. Es obligado por ello perfeccionar el sistema vigente estableciendo nuevas medidas de actuación, con el objetivo de prevenir reincidencias y garantizar una respuesta institucional eficaz a las víctimas.

La mayoría de las mujeres que padecen violencia doméstica no manifiestan abiertamente la situación en la que se encuentran. Esta es una realidad que aparece en todos los estudios sobre el problema, siendo necesario *“realizar una serie de preguntas sistematizadas orientadas a detectar la violencia”*.

Del análisis de la evolución de un episodio de violencia de género puede desprenderse que éste habitualmente se sucede en una serie de etapas bien particulares.

Existe una primera fase de acumulación de tensión, en la que aparece un abuso verbal continuado, con agresiones leves y aisladas que van en progresión, tanto en frecuencia como en severidad, hasta que llega un punto de tensión máximo en el que se da una segunda fase de explosión de la violencia, en la que el hombre estalla y utiliza contra la mujer la violencia física, emocional o sexual con el fin de aleccionar a la mujer, quedando ésta sometida a los deseos del hombre. Aunque ya aparecen en la primera fase, las consecuencias más importantes en la salud de la mujer se producen en este momento, tanto en el plano físico como en el psíquico.

Tras ello se produce una fase de arrepentimiento o *“luna de miel”*, en la que el agresor manipula a la mujer mediante una actitud de remordimiento, mostrándose extremadamente amable y cariñoso, y dura hasta que se reinicia la tensión que termina de nuevo en violencia. Esta fase explica, según los datos del Instituto de la Mujer, que un 27,5% de las mujeres continúen su relación con el agresor a pesar de haber

interpuesto una denuncia, y que el 20,9% de las mujeres que han denunciado, retirasen la denuncia. Es más, según los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015, la retirada de la denuncia son secundarias principalmente a la promesa del agresor de no repetir el acto violento (29,35%) o la idea de la víctima de la futura transformación del agresor (28,66%).

El paso previo a un nuevo episodio de violencia lo constituye la fase de negación, en la que el hombre desmiente o minimiza las agresiones e inculpa a la mujer de éstas.

Con el paso del tiempo el maltrato es cada vez más intenso y frecuente y las fases de acumulación de tensión y de arrepentimiento se acortan. De esta manera, la violencia de género se convierte en un instrumento utilizado sistemáticamente para perpetuar esa relación históricamente desigual de subordinación femenina, llevándose a cabo no solo físicamente, como tradicionalmente se ha relacionado de manera única la violencia de género, sino también de formas que pasan más desapercibidas en la sociedad, como la psicológica y sexual, así como el aislamiento y el control social. De hecho, la forma más frecuente de maltrato es el emocional, seguido del físico y el sexual. Del mismo modo, suelen coexistir los diferentes tipos de maltrato en una misma relación de pareja.

La violencia psicológica o emocional entraña toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional. De esta manera el agresor insulta, injuria, desprestigia a su víctima y en ocasiones la amenaza con la agresión física, con la muerte o con su propio suicidio. Este tipo de violencia es el primero en aparecer, de manera que asegura la dominación y favorece la adquisición de hábitos de sumisión en la mujer, reduciendo la autoestima y socavando la confianza en sí mismas, a la par que destruye gradualmente todas las fuentes de apoyo externo (trabajo, amistades y familia), reduciendo su participación en todos los aspectos de la vida social debido al miedo.

Durante la segunda fase o fase de explosión de la violencia aparece la violencia física, que constituye toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona. Ejemplos de violencia física son los empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, quemaduras, mordeduras, estrangulamientos, puñaladas, mutilación genital, tortura e incluso el asesinato.

En el transcurso de esta fase también es frecuente la violencia sexual, que concreta toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona me-

diante el uso de fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual. Las agresiones sexuales oscilan desde cualquier tipo de contacto sexual no deseado hasta la violación.

La violencia patrimonial acopla toda acción u omisión que implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de la víctima. Muestras de ella son el control del acceso al dinero, el impedimento del acceso a un puesto de trabajo o a la educación o la negativa de derechos de propiedad.

Al igual que la violencia intrafamiliar, la violencia contra las mujeres no es un acto puntual, sino un proceso que se va instaurando y cronificando en el tiempo. Es característicamente una violencia continua, formando parte de un proceso progresivo con ataques cada vez más graves y frecuentes, instaurándose una normalización o aceptación del estado de violencia.

En numerosas ocasiones no se encuentra ningún factor que justifica el episodio de violencia, siendo esto lo habitual en los casos de agresión única o esporádica. Cuando se trata de episodios reiterados o habituales es frecuente el consumo de alcohol y los trastornos de personalidad. Los agresores tienden a presentar una baja tolerancia a la frustración, lo que contribuye a desencadenar los episodios violentos.

El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de «*autoridad*» como es el médico, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema. En muchas ocasiones, se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en cada Centro Sanitario, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones. En este sentido, es de gran relevancia el papel de los trabajadores sociales entre cuyas tareas se encuentra la investigación de factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la valoración psicosocial, la elaboración de un proyecto de intervención integral y la derivación y coordinación con otras instituciones y profesionales dentro y fuera del sistema sanitario, así como su participación en el seguimiento y derivación de las mujeres y, en su caso, de sus hijas e hijos.

Del texto que recoge este libro, se desprende la importancia de resaltar que en los últimos tiempos, la violencia de género ha ido adquiriendo cada vez en mayor me-

didada una gran sensibilización social, siendo considerada como una violación de los derechos humanos de las mujeres y un grave problema de salud pública. En contraposición a esta aserción, en España tales conductas delictuales siguen siendo consideradas como fenómenos inmersos en el ámbito privado en la mayoría de las ocasiones, que establecen un desequilibrio entre la relación del hombre con la mujer en numerosos ámbitos, considerándose la causa primordial de la violencia de género.

Para comprender la sociedad patriarcal es necesario retroceder hasta los pueblos primitivos, época en la que ya hay documentación de este tipo de organización social. Como bien es sabido, la actividad del hombre, valiéndose de su fortaleza consistía en salir del hogar para proveer a la familia de alimento; mientras que la mujer, considerada más débil, permanecía en el hogar ocupándose de los hijos y casi permanentemente sometida a su cuerpo a causa de la menstruación, los embarazos y partos. A partir de esta especialización de géneros se explicaría el mayor desarrollo de las capacidades sociales de los hombres y domésticas de las mujeres.

Esta creencia de que la población masculina debe asumir mayor autoridad y responsabilidad que la femenina ha persistido en la sociedad, y siglos más tarde permanece generalizado este modelo social en el que los hombres han mantenido el poder económico y social en la familia, siendo éstos los que desempeñan un trabajo remunerado fuera de casa, mientras la mujer queda relegada a los trabajos del hogar y al cuidado de los hijos, presentando de esta manera dependencia económica del hombre.

Todavía a día de hoy, aunque en menor grado, este sistema se encuentra poderosamente arraigado en la sociedad a lo largo de la geografía universal, persistiendo en todos los países, clases sociales, religiones y niveles educativos, pues pese al desarrollo de las ideas feministas acerca de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la sociedad actual no ha modificado su mentalidad, a causa de que gran parte de los ciudadanos han sido educados en las creencias patriarcales tradicionales lo que demuestra que este sigue siendo un sistema básico de dominación que provoca la desigualdad de género, y el camino por recorrer hacia la igualdad es largo, siendo necesario el desarrollo de medidas legislativas específicas para conseguir tal fin.

Somos conscientes de que hablar de prevención «*global*» de la violencia de género desde los servicios sanitarios puede parecer pretencioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que, como hemos indicado, para prevenirla hay que afrontar las cau-

sas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de sexo, sociales, económicas y políticas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles. En este contexto, los médicos sólo somos un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema de la violencia de género, pero eso no nos exime de la parte de responsabilidad que nos concierne, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, el tratamiento, el apoyo y seguimiento de las víctimas.

¿Pero qué alcance posee la labor del médico desde el punto de vista de la prevención en el contexto de su actividad ordinaria en la consulta?

La prevención primaria consiste en la identificación de situaciones de riesgo para la violencia de género y la vulnerabilidad del individuo para sufrirla o provocarla, con el objetivo de evitar la situación de violencia de género a través de la implicación en el fomento de relaciones interpersonales en el seno del respeto, la igualdad, tolerancia y la no violencia.

La prevención secundaria consiste por su parte en la detección precoz de casos de violencia. El diagnóstico se efectúa a través de la percepción durante la historia clínica de signos y señales de maltrato. Éstos pueden ser advertidos a través de la exploración física en el caso de la violencia física, y puede tratarse de heridas, hematomas en distintos estadios y huellas de golpes. Además, son sugestivas de violencia las discrepancias entre las características de las lesiones y el mecanismo de producción, las visitas repetidas a servicios de urgencias y el retardo en la solicitud de atención.

En último lugar, la prevención terciaria abarca la situación de maltrato agudo, cuyo objetivo principal consiste en la valoración integral del riesgo vital inmediato de la víctima; éste comprende el riesgo inmediato para la vida por la gravedad de las agresiones, el riesgo potencial de homicidio o agresiones, la agresión sexual y el intento autolítico.

En el abordaje de la violencia de género es especialmente importante tener en cuenta que se trata de un problema multidimensional y que nuestra actuación sólo será efectiva si trabajamos coordinados con los muchos profesionales e instituciones sociales, policiales, educacionales y judiciales, que poseen un papel fundamental en la erradicación del problema en el ejercicio de sus respectivas competencias. Tampoco podemos olvidar que la prevención debe asentar en el desarrollo comunitario que favorezca los cambios en actitudes, valores y comportamientos respecto a la igualdad de mujeres y hombres en la sociedad, y sabemos que esto supone un largo

camino a recorrer. En las dos últimas décadas se ha despertado la «*conciencia de problema*», se han marcado líneas de actuación y se han dado pasos inimaginables hace tan sólo unos pocos años, que nos permiten albergar esperanza de igualdad para las mujeres de generaciones futuras.

CONCLUSIONES

1. La violencia de género y la discriminación por razón de sexo no pueden vincularse a un determinado estrato socio-económico, cultural, raza o lugar geográfico, se alimenta de la desigualdad social entre hombres y mujeres; romper con esa desigualdad necesita un profundo cambio social, poniendo fin a estereotipos y prejuicios que históricamente se han relacionado con el sexo de la persona y no con sus habilidades y talentos.
2. La Violencia de Género es un problema de salud de primera magnitud que afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida. Sólo con conocer parcialmente la magnitud del fenómeno, ya que la información disponible está dispersa, se puede afirmar que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública. Uno de los principales argumentos para considerarla como tal, es el impacto negativo que posee en la salud física y mental de las mujeres, siendo en algunas regiones del mundo y algunos grupos de edad una de las principales causas de morbimortalidad.
3. Los factores que determinan el alcance del impacto en la salud en las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, el tipo, la severidad y el tiempo de exposición a la violencia, la edad, su nivel de desarrollo, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes, así como la presencia de factores protectores, como la calidad de otros vínculos.
4. Si la violencia de género es, como reconoció la propia OMS, un problema de salud pública, que afecta de lleno al bienestar y salud de quienes la sufren precisa, por tanto, la implicación del médico. La Ley considera al médico como agente cualificado en la lucha contra la violencia de género.
5. A pesar de los protocolos implantados que proporcionan orientaciones a los médicos para garantizar una atención integral de las víctimas de violencia de género, la labor de vigilancia desde las consultas está fallando, ya que apenas el cinco por ciento de los casos de violencia de género son detectados por los servicios sanitarios.

6. Desde las consultas, los médicos podemos desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género, ya que la mayoría de las víctimas entran en contacto con los servicios sanitarios demandando asistencia en algún momento de su vida.
7. Existen protocolos de actuación del médico ante la violencia de género, pero falta implantarlos, falta formación continuada y sensibilización del médico, así como abordaje con una perspectiva multidisciplinar, que incluya desde la educación para la prevención hasta la detección precoz en las consultas, junto a las medidas tradicionales de servicios sociales o de protección y legales una vez se ha activado ya una denuncia, siendo preciso un protocolo de cribado poblacional en la práctica asistencial.
8. Hablar de prevención de la violencia de género puede parecer pretencioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que, como hemos expuesto a lo largo de esta jornada, para prevenirla hay que afrontar las causas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de sexo, sociales, económicas y políticas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles. En este contexto, los médicos sólo somos un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema de la violencia de género, pero ello no nos exime de la parte de responsabilidad que nos concierne, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, el tratamiento, el apoyo y seguimiento de las víctimas.
9. Los médicos somos conscientes de nuestros compromisos profesionales con las víctimas y con la sociedad, en relación a la Violencia machista o violencia por razón de sexo, pero igualmente hay cuestiones puntuales de carácter asistencial que generan importantes conflictos éticos a los médicos, que en ocasiones son difíciles de solucionar.
10. La toma de decisiones en la profesión médica es un proceso muy complejo y con unas suficientes cargas de incertidumbres, que no resultan solucionables muchas veces con la metodología clínica ni con las normas legales. Ante una víctima de violencia machista, los médicos debemos conocer y aprender, ya que en muchas ocasiones no sabemos manejar estas situaciones específicas. Y además debemos ser conscientes de que lo que la mujer víctima necesita y a veces es lo más importante, es simplemente una sonrisa, lo cual se convierte en el mejor y más eficaz tratamiento y cuyo efecto es dosis de-

pendiente y que no tiene techo, y que una mano en el hombro o unas palabras de consuelo son la mejor terapia que puedes prescribir o mejor aplicar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado número 313, de 29 de diciembre de 2004.
2. Serrat Moré D. Violencia doméstica y de género: aspectos médico-legales. 2000; 2:38-45.
3. Declaración de Beijing: IV Conferencia Mundial Sobre las Mujeres; 1995.
4. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación «la Caixa», Madrid, 2002; 39(2):510-512.
5. García-Moreno C. Violence Against Women, Gender, and Health Equity. Género y equidad en la salud, 2000.
6. Instituto Nacional de la Mujer. Estadísticas relativas a la violencia de la mujer. 2016; [Internet] Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>.
7. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Survey on violence against women 2015. Main results. 2015;56. [Internet] Disponible en: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf

CON LA COLABORACIÓN DE

