

# EFICACIA JURÍDICA DE LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PROTECCIÓN DE LA VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

***Teresa García Calvo***

*Abogada. Coordinadora del área de penal*

*Profesora del Máster en Abogacía*

*Universidad de Murcia y del Colegio de Abogados de Murcia*

***Eduardo Osuna***

*Catedrático de Medicina Legal y Forense*

*Universidad de Murcia*

**SUMARIO: 1. Violencia de género. Concepto, epidemiología y consecuencias. 2. Actuación del personal sanitario. 2.1. Disimulación y simulación en el diagnóstico clínico de la violencia de género. 2.2. El parte de lesiones. 3. Constatada la agresión ¿qué hacer? 4. Bibliografía.**

## **RESUMEN**

La violencia contra la mujer constituye un importante problema de salud pública, que en un porcentaje considerable de casos permanece oculto. El papel del profesional sanitario es fundamental para su detección y el abordaje del problema que puede derivar en una disminución de los riesgos de las víctimas y la oportuna canalización del hecho hacia las instituciones judiciales y de protección social. En este sentido, la adecuada cumplimentación del parte de lesiones de violencia de género permite la adecuada intervención institucional, pero no es suficiente para la eficacia de la persecución del delito. El objetivo de este estudio es analizar los aspectos jurídicos y médico-legales de la atención y de asistencia a las mujeres maltratadas que requieren protocolos específicos de atención sanitaria para alcanzar una efectiva intervención social y jurídica del problema.

## **PALABRAS CLAVE**

Violencia de género, patrón lesional, parte de lesiones, protocolo de actuación.

## **1. VIOLENCIA DE GÉNERO. CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud (1996) declaró la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública en todo el mundo, ya que es un factor esencial en el deterioro de la salud. Con la violencia de género nos encontramos ante un fenómeno que confluye en la mujer como víctima por su “condición de mujer”, como consecuencia de factores socioculturales.

Es importante aclarar la diferencia entre violencia doméstica y violencia de género. Mientras que la violencia doméstica se limita al ámbito familiar y puede ser ejercida sobre cualquier miembro de la familia (hijos, padres, abuelos...sin distinción del sexo); la violencia de género puede ser ejercida en los diferentes ámbitos de relación de la víctima, pero tiene su causa fundamental en el rol que desempeña la mujer. Queda claro entonces, y este concepto es importante, que ni toda violencia de género es violencia doméstica, ni toda violencia doméstica es violencia de género.

El término violencia de género, surge a raíz de la publicación en 1994 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU, 1994), siendo el primer instrumento internacional de Derechos Humanos que aborda de forma explícita este fenómeno. En su artículo primero ofrece un concepto descriptivo de este tipo de violencia, considerando como tal: “...*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada*”.

Esta declaración logró situar el problema en el marco de los Derechos Humanos y amplió su concepto al incluir tanto la violencia física, psicológica o sexual, como las amenazas de sufrirla, enfatizando finalmente en que se trata de una forma de violencia basada en el sexo o género, de modo que el factor de riesgo para ser víctima es el hecho de ser mujer (Heyzer, 2000).

De acuerdo con documentos elaborados por la ONU, El Consejo Europa, el Parlamento Europeo, o el Senado Español, se trata de un fenómeno notablemente extendido y endémico en todos los países y que afecta a todos los estratos sociales, sin excepción. La violencia ahora está muy presente en la sociedad, en cualquier ámbito, en cualquier servicio, en el tráfico rodado, en el trabajo.

La consideración de esta situación como “privada” dentro de la familia, no ha favorecido su conocimiento, ni su magnitud, por lo que muchas mujeres maltratadas no han denunciado estas situaciones. Pero el fenómeno oculto permanece y la agresión constituye una realidad diaria en muchos hogares, que pasan desapercibidas para el entorno social.

Se trata de un fenómeno constante y las cifras demuestran su persistencia. Desde el año 2009, con 135.539 denuncias por violencia de género, se ha producido una disminución en el número de éstas, hasta la cifra de 96.021 en el año 2015. De todas las denuncias interpuestas en 2015, 3.935 (4,1%) fueron presentadas directamente por la víctima, y hasta 10.998 (11,5%) fueron procesadas gracias a los partes de lesiones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

El número de víctimas de violencia doméstica que requirieron medidas cautelares de protección en 2014 fue de 27.087 mujeres, y hubo 26.987 hombres denunciados. Este número ha ido disminuyendo desde unos años a esta parte, aunque ello no significa que el problema esté desapareciendo, pues aún no somos capaces de controlarlo. El número de hombres denunciados también ha disminuido en más de 5.000, si comparamos los datos entre 2011 y 2014.

El tercer trimestre de 2015 los juzgados de violencia sobre la mujer recibieron 33.705 denuncias, la mayoría de ellas mediante atestados policiales (83.16%), y tan sólo el 3.33% fueron presentadas directamente por la víctima. En 2014, el número de denuncias en el último trimestre fue ligeramente inferior (33.201) (Consejo General del Poder Judicial (2015).

Sin embargo, el número de víctimas mortales en el año 2015 ha ascendido considerablemente (60 víctimas mortales frente a las 54 de los años 2014 y 2013). De las 60 víctimas, tan solo 13 habían denunciado previamente la situación (obteniendo 4 de ellas medidas de protección legal), y más de la mitad (32) fueron asesinadas por su pareja actual.

Actualmente, la tasa de mujeres víctimas de violencia de género en España es de 13,69 por cada 10.000, siendo Murcia, la tercera comunidad autónoma con una tasa de 17,56.

Se trata de un fenómeno global, tal y como demuestran las cifras publicadas por la OMS, aunque la prevalencia varía de un país a otro, presentando una mayor proporción de mujeres afectadas las zonas del Sureste Asiático (37,7%), Mediterráneo Oriental (37%) y África (36,6%), ya que en estos países existen tipos específicos de violencia de género, como por ejemplo la mutilación femenina o el tráfico de mujeres. Sin embargo, en ámbitos occidentales como Europa Occidental y América del Norte se ha percibido un incremento del 23,2% en su prevalencia (OMS, 2016).

A la vista de las estadísticas oficiales del año 2015, la edad más frecuente de la víctima oscila entre los 41 a 50 años; y la edad del agresor también en su máximo exponente oscila entre dicha franja de edad y el mayor índice de agresiones se producen en los periodos en los que la pareja comparte más tiempo, como son los periodos navideños y en vacaciones estivales. Más de la mitad de los casos los homicidios se producen con posterioridad a un intento de homicidio previo no denunciado.

En la violencia de género coexisten diversas modalidades de conducta, con la diversidad de sus efectos, por lo que muestran una gran variabilidad en su manifestación. En este sentido, la violencia puede tener distintos aspectos, violencia psicológica (humillar en público y privado intimidar, denigrar, insultar, acosar, amenazar...), violencia física (cualquier acto que suponga un acometimiento o agresión y pueda producir un daños en el cuerpo de la mujer); violencia sexual (imposición a la mujer a mantener una relación sexual contra su voluntad, aunque no conlleve la utilización de la fuerza física); o violencia económica: control por parte de la pareja de los recursos económicos sin permitir a la mujer participar en la gestión de los mismos; negligencia o abandono.

La violencia de género suele superar el contexto de la agresión única para convertirse en una historia continuada de maltrato, que en muchas ocasiones se mantiene en un contexto complejo, lleno de miedos y de ansiedad y de desconocimiento hacia la actitud y forma de reaccionar ante la agresión. Junto al daño concreto convive la situación de dominio, de temor, de descenso de la autoestima que hacen más particulares esas situaciones.

Según un informe realizado por la OMS, aquellas mujeres víctimas de violencia de género presentan:

- El doble de posibilidades de sufrir depresión.
- Casi el doble de posibilidades de sufrir trastornos por abuso de alcohol.
- En torno al 16% de las embarazadas maltratadas física o psicológicamente dará a luz a un niño de bajo peso.
- Un riesgo 1.5 veces mayor de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, como sífilis o VIH.
- El 42% presenta alguna lesión física, y hasta el 38% de los asesinatos en mujeres son cometidos por sus parejas o exparejas.

La violencia de género no sólo tiene una repercusión directa sobre los protagonistas de la misma, víctima y agresor, sino, también, sobre todos los componentes de la familia, ya que podrán verse afectados en mayor o menor medida, a corto, medio o largo plazo, de manera directa o indirecta, tanto por el hecho violento mismo, como por los efectos que origine en la propia víctima o en otros miembros del entorno familiar. En caso de que se tenga preocupación por la seguridad de los niños que viven en el hogar, se debe consultar inmediatamente con los servicios de protección del menor (McFarlane y cols. 1998; Choo y Houry, 2015).

En nuestro país, desde hace varias décadas, se vienen adoptando medidas dirigidas al análisis y prevención del fenómeno. En 1982 se inició en España una campaña dirigida a las mujeres para la denuncia de los malos tratos, y el lema era “no llores, habla”, considerándose como un punto de inflexión en el abordaje del problema, y que se materializó en el incremento de denuncias.

En 1998 se aprobó el Primer Plan de acción contra la Violencia Doméstica que logró introducir modificaciones en el código Penal y en la Ley de enjuiciamiento Criminal para aumentar la protección a las víctimas de malos tratos y a endurecer el castigo a los agresores. Se crearon centros de información para mujeres maltratadas y se incrementaron el número de centros de acogida.

Y a partir de estas fechas se promulgaron distintas leyes y medidas de protección para proporcionar asistencia de tipo sanitario, económico-laboral y psicológico, siendo, la más relevante la aprobación en 2004, de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta norma pretende proporcionar un respuesta global a la violencia ejercida contra las mujeres, de un modo integral, y multidisciplinar, abarcando tanto los aspectos preventivos, como educativos, asistenciales y de atención posterior a la víctima.

Entre dichas medidas se incluyen medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas en coordinación con otras medidas de apoyo.

Se han elaborado también con esta finalidad protocolos sanitarios, ante las agresiones derivadas de la violencia objeto de esta Ley, y se creó en el seno

del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, una Comisión encargada de apoyar técnicamente, coordinar y evaluar las medidas sanitarias establecidas en la Ley.

Hasta hace poco tiempo, los médicos no contaban con protocolos precisos para llevar a cabo un seguimiento en profundidad del problema. En la actualidad se dispone de las herramientas para realizar un seguimiento de la mujer sometida a maltrato, poniéndola en contacto con los servicios sociales y dando parte del hecho al Juzgado de guardia. En este sentido, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia existe desde 2012 un Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género, con el fin de dar una mayor efectividad en la prevención de la violencia de género y protección a las víctimas.

Tradicionalmente los malos tratos y las lesiones han estado sancionados por el Derecho Penal, pero sin distinguir el sujeto pasivo contra el que iban dirigidos, y castigándose como delitos de homicidio, lesiones o contra la libertad, o como faltas de lesiones, maltrato leve, vejaciones, amenazas o coacciones. Es a partir de 1989 cuando estos actos violentos habituales, que tienen lugar en el contexto de las relaciones domésticas, inicialmente y luego de género, se desgajan del régimen general y comienzan a tener un tratamiento autónomo en el Código Penal.

Sin duda, el bien jurídico protegido es la integridad, pero no de forma exclusiva la meramente física o psíquica, sino como establece el Tribunal Constitucional en la sentencia de 22 de enero de 2002: *“Más allá de la integridad física o psíquica, al atentar a valores constitucionales de primer orden, como es el derecho a la dignidad de la persona y desarrollo de la personalidad se trata de proteger la dignidad de la persona en el seno de la familia, a no ser sometido a un trato inhumano o degradante alguno.”*

## **2. ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO**

El personal sanitario, además de asistir a la víctima, es el primer eslabón de la cadena de detección de la violencia de género, lo que permite la intervención judicial (Goicolea y cols. 2013) que posibilitará la adopción de medidas que ayudarán en el abandono del círculo de violencia que afecta a la víctima y evita la aparición de consecuencias más graves.

Frecuentemente los médicos se encuentran con obstáculos procedentes del propio entorno de la violencia, ya sea porque la mujer oculta el origen de las lesiones o síntomas que presenta, o bien por la interferencia directa o indirecta del agresor tal y como han demostrado algunos trabajos (9,10). En la consulta se debe tener siempre una actitud de alerta y de búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha que puedan indicar que nos encontramos ante un caso de violencia de género o de otras formas de violencia, independientemente del ámbito asistencial, sea primaria o atención especializada. Al respecto, destacamos la asistencia en urgencias, ya que el 17% de las mujeres víctimas de violencia de género acuden a urgencias, siendo este servicio el que presenta una incidencia mayor (Lorente, 2010; McCloskey y cols. 2005) acudiendo a él mujeres que presentan lesiones de mayor gravedad. Por ello los servicios de urgencias se convierten en una atalaya privilegiada en la detección y tratamiento de este grave problema.

Según los protocolos existentes, nos referimos más concretamente al implantado (Protocolo Interinstitucional) en la Región de Murcia, que establece que tanto en Atención Primaria como en Especializada, se designan figuras responsables en materia de violencia de género, puesto que son el referente y el apoyo para el resto del personal, y nexo de unión con otras instituciones que trabajan en esta línea. De ahí la necesidad de su designación formal, si aún no se ha hecho.

### **2.1 Disimulación y simulación en el diagnóstico clínico de la violencia de género**

En el marco de la detección, también es importante conocer los aspectos relacionados con la disimulación y simulación en el diagnóstico. La disimulación consiste en la ocultación de lesiones o conductas agresivas, por lo que la víctima parece no serlo en muchas ocasiones. Los agresores pueden aparecer como protectores, aunque la realidad es que son protegidos y comprendidos por las propias víctimas que llegan incluso a justificar la conducta violenta. Este hecho puede dar lugar a una relación interpersonal patológica con la consiguiente “pérdida de conciencia de enfermedad” de la víctima como resultado del intento de normalizar la vida, de explicar y racionalizar lo que está sucediendo para poder sobrevivir ante la situación. Y este mecanismo de adaptación permite aceptar lo que en otras circunstancias sería una conducta inaceptable.

Las razones para ocultar el fenómeno son varias: deseo de proteger a los allegados, el riesgo de pérdida de seguridad económica y emocional, la presión de familiares, allegados y compañeros, miedo a las represalias, a la pérdida de la residencia, a la pérdida de lazos afectivos...

También hemos de tener en cuenta la posible simulación que ocurre cuando la víctima tiende a exagerar el contexto violento. Tras la denuncia inicial, en la que se suele darse la disimulación y, como consecuencia de una relación patológica y dentro de un movimiento pendular, podemos encontrar una tendencia a magnificar la denuncia con una propensión a exagerar, pudiendo volver de nuevo a la disimulación. Esta evolución oscilante es totalmente característica y paradigmática de la violencia de género. Esta situación de ambivalencia podemos constatarla durante el procedimiento o en el juicio oral.

Es frecuente que en los casos en los que se formulaba la denuncia por primera vez y en las que la víctima buscaba sólo una amonestación o aviso al agresor y no una determinada carga penal punitiva la disimulación aparecía con una tendencia clara. En estas situaciones, la persona denunciante oculta parte de lo sucedido, ofrece versiones accidentales para las lesiones, disminuye el valor real del daño provocado o intenta retirar la denuncia. Más adelante, superadas sus capacidades de adaptación al clima violento, al miedo o al sometimiento y tras comprobar el escaso resultado de su actitud de perdón la víctima intentar conseguir la ruptura urgente y para ello puede acudir a la simulación como instrumento.

Como conclusión a este apartado, la violencia de género, no tiene sólo connotaciones en cuanto a la salud de las personas, sino que también tiene importantes repercusiones legales. De acuerdo a esto, cobra suma importancia el parte de lesiones.

## **2.2. El parte de lesiones**

El médico debe emitir este documento siempre que asista a un sujeto que presente una lesión, para comunicar tal situación a la autoridad judicial. Esta obligatoriedad se establece en los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y parte de la obligación de denuncia de la existencia de un hecho delictivo. Como decíamos anteriormente, la violencia puede ser ejercida de diversas formas y no se limita a la violencia física, por lo que es de suma importancia la valoración de otras formas de violencia como es

la psicológica, para lo cual debe evaluarse el estado emocional y psicológico de la víctima (Osuna, 2009).

El parte de lesiones constituye un documento imprescindible para la mujer, ya que junto a la historia clínica, puede ser el único apoyo del que disponga la víctima a la hora de realizar la denuncia. Debe ser riguroso y detallado, preferentemente vía electrónica. El objetivo que se persigue con este documento es que la Autoridad Judicial tenga conocimiento del hecho y sus consecuencias, para que pueda llevar a cabo una investigación pertinente.

Una vez que se documenta el registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa sigue el mismo procedimiento que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma, por lo que es preciso comunicar a la mujer las consecuencias del mismo.

El parte de lesiones debe describir las lesiones que presenta el paciente que haya sufrido un accidente o agresión, el mecanismo de producción, además de recoger la asistencia o tratamiento médico que se le ha prestado. En la descripción de las lesiones es importante ser minuciosos y objetivos, incluyendo el tipo de lesión, sus características, número y localización anatómica, así como sus posibles causas y la explicación ofrecida por la víctima sobre cómo se las ha producido, siendo recomendable recoger sus propias palabras. El lenguaje debe ser preciso, pero no técnico, reflejando con la mayor exactitud posible los detalles importantes y obviando los que no lo sean. Todo parte debe contar con una perfecta identificación del lesionado y del facultativo que presta la asistencia, la hora, fecha y lugar en que se produjeron los hechos, la descripción detallada de las lesiones y de los mecanismos de producción de las mismas, el tratamiento recibido y si ha requerido ingreso hospitalario. Debe indicar el lugar y fecha donde y cuando se realiza y debe estar firmado por el facultativo, indicando la autoridad judicial al que se dirige.

Muchas de las víctimas se abstienen de ir al médico o a un centro sanitario, incluso ante lesiones de cierta intensidad para evitar la sospecha, por vergüenza, amenazas del agresor y temor de que el centro sanitario comunique al juzgado el origen de las lesiones. Por tanto, es posible que en la exploración médica se encuentren lesiones muy diversas, se pueden encontrar lesiones antiguas y recientes, y dolores y molestias que no se correspondan con el motivo de la consulta.

Un estudio clásico, realizado sobre 9000 mujeres que acudieron a urgencias en 1996 (Muelleman y cols. 1996) refirió que la lesión más típica era la rotura del tímpano, y lesiones en cabeza, tronco y cuello, a diferencia de las no maltratadas que las solían presentar en columna vertebral y extremidades inferiores.

La conducta violenta puede manifestarse exclusivamente de forma psicológica, si bien suele manifestarse acompañando a la violencia física. El maltrato puede llevarse a cabo en una intensa gama de conductas agresivas de hostilidad, o por el contrario de indiferencia afectiva, de falta de respuesta a las necesidades emocionales, de abandono, etc... y el agresor busca la intimidación, la humillación, la inseguridad personal, la desintegración, la desestructuración, el poder, dominio, control, y con estos fines puede acudir a insultos, amenazas, asustar, amedrantar, etc... La violencia psicológica, puede ser más habitual que la física, y quizás porque su constatación y evaluación tienen más dificultades, a menudo resultan obviadas.

En el Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género, de la Región de Murcia, antes comentado, se recomienda que al explorar el estado emocional es importante tener presente que existen respuestas psicológicas inmediatas que pierden intensidad con el tiempo, como el terror o la confusión, y respuestas psíquicas reactivas como el trastorno de estrés postraumático, cuadros depresivos, ansiosos, somatizaciones, etc...

La ansiedad constituye la manifestación más evidente del síndrome general de adaptación frente a la conducta violenta. Puede adoptar alguna de las diversas formas clínicas como crisis de angustia, agorafobia, fobia específica, ansiedad generalizada, estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, etc. La mujer maltratada además de la negación pone en marcha otro mecanismo de defensa para minimizar el daño, o alejar la experiencia traumática, como es la disociación, que permite separar la experiencia física de la agresión, de la experiencia cognitiva de estar siendo agredida (Arce y Fariña, 2009).

Los trastornos sexuales pueden aparecer como lesiones o como secuelas de la conducta violenta en general y de la violencia sexual en particular: aversión al sexo, trastornos orgásmicos, trastornos sexuales por dolor, vaginismo, etc. (Osuna, 2009).

No es infrecuente que aparezcan trastornos alimenticios, sobre todo de tipo bulímico, o alteraciones

derivadas del consumo de sustancias que pueden derivar en situaciones clínicas de abuso, dependencia o intoxicación, y las alteraciones del sueño también son frecuentes como resultado de la situación de conflicto.

Los médicos de atención primaria, que conocen la historia psicobiográfica de las pacientes pueden disponer de esta información con más facilidad que en otros servicios como los de Urgencias.

Y en este aspecto, son especialmente importantes no sólo los informes que remiten al Juzgado, sino las anotaciones de la historia clínica, sobre todo en una historia de maltrato habitual. En estos casos, la realización de informes cronológicos y pormenorizados se erigen en un medio documental excepcional para la posterior valoración del médico forense. Mientras que expresiones escuetas, del tipo "la paciente refiere ansiedad por discusión con la pareja", suelen ir encaminadas a una resolución de archivo, si no van acompañadas de una exploración y anamnesis más pormenorizadas.

### 3. CONSTATADA LA AGRESIÓN ¿QUÉ HACER?

La Ley Orgánica 1/2004 establece la obligación de colaborar con la Justicia "en los casos de sospecha fundada o constancia de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos" y la Ley de Enjuiciamiento Criminal artículo 262 "los que por razón de sus cargos u oficios, profesión, tuvieran conocimiento de algún delito público estará obligados a denunciarlo inmediatamente o si se tratara de un delito flagrante".

De hecho tienen la condición de documento público "los expedidos por funcionarios públicos legalmente facultados para dar fe en lo que se refiere al ejercicio de sus funciones: con una finalidad asistencial o médico legal". Y se les confiere valor de autenticidad a dichos documentos de forma que harán prueba plena de derecho o estado de las cosas que documentan de la fecha que se produce ese documento y de la identidad de los factores y demás personas que intervenga en ellos".

El artículo 408 del Código Penal sanciona y castiga la omisión del deber de socorro, y el artículo 412 la denegación de auxilio a la justicia. Pero no constituye una obligación de denunciar, sino de poner en conocimiento de la autoridad la noticia *criminis* de la

que ha tenido noticia en el ejercicio de sus funciones. Es en este marco en el que se sitúa la cumplimentación del parte de lesiones, al que nos hemos referido con anterioridad. Siendo un deber legal que puede dar inicio al procedimiento judicial, no obstante su remisión sin el conocimiento, o incluso sin el consentimiento de la víctima, y la falta de declaración de la víctima en contra del agresor puede conducir a una resolución de sobreseimiento.

Un parte de lesiones sin más, como dice la Jurisprudencia e incluso su posible ratificación por el médico forense acreditan solamente la existencia de las lesiones que objetivan, no haciendo prueba de la autoría, ni del mecanismo o forma de producción; ni por supuesto si proceden de un acto de violencia machista (Sentencia Juzgado de lo Penal nº 36 de Madrid de 5 de noviembre de 2012).

Por ello, la acción del facultativo, siendo pericial, y trascendental puede resultar estéril, si no existe acuerdo o consenso con la víctima. De ahí, que además del cumplimiento de la obligación legal, será conveniente que se le lea a la víctima y que si es posible consienta. Todo ello también con la imprescindible puesta a disposición de la víctima de los recursos asistenciales que prestan los trabajadores sociales de los Centros Sanitarios, o de los CAVI para asesorar, ayudar psicológicamente, social y jurídicamente a la víctima.

La evolución de la Jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de 25 de enero de 2008; 12 de mayo de 2009; 8 de junio de 2009 y 24 de noviembre de 2009) que ya constituyen doctrina legal reiterada y otras posteriores, y en este Sentido también la Audiencia Provincial de Murcia en sentencia de 6 de mayo de 2014 dictada en Rollo de Apelación nº 249/2013, consideran que para que sea ilícito es necesario: que la conducta del varón constituya expresión de una voluntad de sojuzgar a la pareja o de establecer una situación de dominación sobre la mujer, colocándola en un rol de inferioridad”.

Por esta razón quedarían excluidas las disputas sin dominación o menosprecio a la dignidad de la mujer, las relaciones conflictivas sin más por un proceso de separación. Los golpes no requieren sólo la prueba, sino la imposición de la voluntad, quedando despenalizadas conductas como la riña mutuamente aceptada sin imposición de voluntad sobre la mujer.

Por otra parte, tampoco el testimonio del médico es suficiente, no tiene más valor que el de referencia,

como el de los propios policías locales que intervengan a posteriori de los hechos. Y si se tiene la fundada sospecha pero no suficiente constatación de los malos tratos, los protocolos recomiendan remitir informe a la Fiscalía, que será quién decida, en base a la investigación posterior que haga ésta. Este hecho, supondría articular los mecanismos necesarios para que los facultativos tengan contacto con la Fiscalía, contacto prácticamente inexistente como cauce establecido, ya que les resulta mucho más fácil acudir al Juzgado de Instrucción o de Guardia en su caso.

¿Y si la víctima por este estado ambivalente en que se encuentran frecuentemente deciden no continuar con el procedimiento, puesto que no desea las consecuencias del mismo para su pareja?. ¿Y si ese esfuerzo tras el encuentro con el agresor se disipa ante el miedo y sus apreciaciones no sirven para nada?. La notificación del parte de lesiones debe servir siempre a la mujer y debe ser parte del proceso de trabajo con ella. Es importante conocerla y escucharla, y siempre que sea posible que la decisión de remisión al Juzgado del Parte sea consensuado con la misma. Hacerlo sin su consentimiento plantea problemas éticos que podría suponer un quebranto de su confidencialidad, que no legales, pues es una obligación del facultativo, y lo más importante podría comprometer su seguridad.

Esto nos permite diferenciar situaciones muy concretas:

1. Las víctimas de malos tratos que consultan o buscan asistencia médica en los Servicios de Urgencias con lesiones manifiestas. En estos casos la obligación del facultativo no es cuestionada.
2. Las víctimas de malos tratos en los Centros de Atención Primaria, en que el facultativo tiene conocimiento de las lesiones físicas ya por confesión de la víctima ya por hallazgos casuales en el reconocimiento físico que también obligan necesariamente a la remisión del parte de lesiones al Juzgado. Aunque consensuado con la víctima en la medida de lo posible y con derivación a los Centro de Atención a las Víctimas de Violencia de Género (CAVI) o asistentes sociales de los Centros Médicos.
3. Los supuestos de sospecha de malos tratos psíquicos o incluso físicos en el ámbito familiar en presencia de menores, en cuyo caso se impone la obligación de trasladar a la Fiscalía o incluso al Juzgado en beneficio del interés superior del menor.

4. Los supuestos de malos tratos psíquicos o físicos en el ámbito familiar en que lo importante es ponerla en contacto con los CAVI, porque allí van a disponer de una ayuda interdisciplinar y por supuesto jurídica, para canalizar el proceso, para ayudarla en la toma de decisiones, para apoyarla en su seguridad.

Si se cumplen los trámites, sin implicación con la víctima sin más, lo más probable es que resulten estériles y refuercen la posición del dominador, que ante un intento judicial fallido, por desistimiento de la víctima se crecerá y podrá tener efectos más nocivos si cabe para ella.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- Arce R, Fariña F. Evaluación psicológica forense de la credibilidad y daño psíquico en casos de violencia de género mediante el sistema de evaluación global. En F. Fariña, Arce R, Buela-Casal G. Violencia de género. Tratado psicológico y legal. Biblioteca Nueva. Madrid. 2009. pp. 147-168.
- Choo EK, Houry DE. Managing intimate partner violence in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2015; 65:447-451.
- Consejo General del Poder Judicial. Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección y medidas de protección y seguridad solicitadas en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el tercer trimestre del año 2015.
- Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Ohman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health.* 2013; 10; 1162.
- Heyzer N. Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer. Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia. Valencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2000.
- Lorente M. Medicina Legal y Forense y violencia de género. *Rev Esp Med Legal.* 2010; 36; 3: 91-92.
- McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, Williams CL, Gerber MR, Sege R, et al. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med* 2005;12:712-722.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K, et al. Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998;27:64-69.
- Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: injury locations and types. *Annals of Emergency Medicine* 1996; 28: 486-492.
- OMS | Violencia contra la mujer [Internet]. WHO. [citado 7 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- OMS. 49ª Asamblea Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA49.25. 1996.
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General. Declaración 48/104. ONU. 1994.
- Osuna E. Aspectos clínicos y médico legales de la violencia de género. En F. Fariña, Arce R, Buela-Casal G. Violencia de género. Tratado psicológico y legal. Biblioteca Nueva. Madrid. 2009. pp. 169-189.
- Portal Estadístico Violencia de Género [Internet]. [citado 8 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>