

**Tabla 3. Comparativa de uso de recursos y costes entre mujeres con y sin violencia de género con registro AP**

	NO VIOLENCIA	VIOLENCIA	RAZÓN	IC 95%	
				INF	SUP
<b>COSTE TOTAL</b>	1241,53	1681,91	1,35	1,16	1,54
<b>COSTE FARMACIA</b>	192,35	229,30	1,19	0,97	1,42
<b>CONSULTAS</b>	7,13	10,89	1,53	1,44	1,62
<b>IP</b>	1,15	1,58	1,38	1,28	1,47
<b>INGRESOS</b>	0,08	0,13	1,58	1,19	1,97
<b>URGENCIAS</b>	0,35	0,98	2,81	2,57	3,05
<b>NUM. FÁRMACOS</b>	3,26	4,53	1,39	1,30	1,48

\* Valores estimados con modelos de regresión lineal ajustados con edad, cupo y códigos ADGs.  
Fuente: Maite Paino, Eduardo Millan. 2013. "Las mujeres con diagnósticos de violencia de género, una visión desde Osakidetza".

### 3. ASPECTOS ÉTICOS EN LA INTERVENCIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

#### 3.1. LOS PRINCIPIOS Y LOS VALORES ÉTICOS

Como profesionales de la salud, nuestros deberes morales con todas las personas que atendemos son los de no hacerles daño (no maleficencia), tratarles con igual consideración y respeto (justicia), procurar su mayor beneficio posible (beneficencia) y todo esto respetando y teniendo en cuenta sus valores, el libre desarrollo de su personalidad y su proyecto de vida (autonomía). Cada uno de estos principios éticos no es más que una suma de valores morales que no solo debemos respetar, sino que nos interpelan y nos impulsan a realizarlos.

En relación a la atención a las mujeres que sufren violencia de género hay una serie de valores que merecen ser destacados por la relevancia que tienen dentro de cada principio moral.

En cuanto al **principio de no maleficencia**, hay dos valores implícitos en el mismo, que pudieran ser cruciales para la asistencia sanitaria a estas mujeres. Uno es la seguridad de paciente y el otro es el de la prudencia. La mayoría de los riesgos para la seguridad de las mujeres vienen de la mano del manejo de la información, más que de la práctica de los cuidados asistenciales propiamente dichos. Actuaciones como el envío de un parte de lesiones en determinadas circunstancias, o la entrega de un informe de alta en mano a la paciente, o el no registrar en la historia clínica el hecho o la sospecha de existencia de violencia de género, o la información transmitida a familiares de la paciente, etc. pueden suponer una amenaza para la seguridad e integridad de las



mujeres. La mejor manera de evitar o al menos minimizar estas situaciones de riesgo es la de actuar con prudencia. Lo que nos debemos exigir en este contexto asistencial de incertidumbre e inseguridad, no es tomar una decisión cierta, única y universalmente aplicable, sino tomar una decisión prudente, contextualizando cada caso y teniendo en cuenta las posibles consecuencias.

El **principio moral de justicia** encierra distintos valores y acepciones, como por ejemplo: justicia como virtud (tener la actitud o el hábito de ser justos); como valor socio-político (justicia distributiva); como valor de equidad (a cada cual según su necesidad); como valor jurídico o legal (derecho positivo) y también como Institución. En la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia el valor legal adquiere más presencia que en la asistencia sanitaria a otros colectivos y esto puede ser fuente de conflictos morales en la toma de decisiones de los y las profesionales.

El **principio de beneficencia** es la obligación moral de actuar en beneficio de las otras personas: actuar en todo lo posible en beneficio de la mujer, procurar su mayor interés y promover su bienestar. La beneficencia no se puede entender hoy día sin la autonomía, pero mantiene su inspiración paternalista (como valor positivo) en la atención sanitaria a pacientes con limitación o ausencia de la competencia para decidir sobre sí mismas. Así pues, aplicar este principio en la asistencia sanitaria a las mujeres significa procurar hacer lo que entendemos sea más beneficioso para ellas, pero con su consentimiento, nunca en contra de su voluntad (salvo en situaciones de riesgo grave o de incompetencia manifiesta). Son mujeres vulnerables, por lo que valores como la empatía y el acompañamiento tienen una especial relevancia en su atención, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

El **principio ético de la autonomía** es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades y su proyecto de vida, mediante el libre desarrollo de su personalidad y el derecho a que las decisiones resultantes de tal deliberación sean respetadas. En lo referente a la autonomía de las mujeres en situación de violencia, uno de los valores clave para determinar su validez es el de la competencia (capacidad de obrar, natural o de hecho). La competencia no es un valor monolítico o absoluto de cada persona (se puede ser competente para tomar unas decisiones pero no otras) ni tampoco es estable en el tiempo. La evaluación y determinación de la competencia de un paciente es una tarea que entraña una enorme responsabilidad ética y corresponde hacerlo a los y las profesionales sanitarios. "Establecer la incompetencia de una paciente es afirmar que, aquí y ahora, no puede ejercer su autonomía moral ni su derecho, legalmente reconocido, al autogobierno personal, esto es, a tomar por sí mismo una determinada decisión"<sup>12</sup>. La mujer es quien tiene que tomar sus propias decisiones, la intervención debe estar dirigida hacia el horizonte del empoderamiento.

<sup>12</sup> Simón Lorda P, 2001.

Venimos de una visión machista, de creer que la mujer es vulnerable, débil con profundas raíces en el patriarcado donde asistencia sanitaria que daba por sentado que el hecho de enfermar restaba autonomía moral a la paciente para poder discernir con claridad lo más conveniente para sí misma. Afortunadamente esto forma parte del pasado, pero sin embargo parece que subsiste la creencia de que la vulnerabilidad y la fragilidad de cierta intensidad sí que restan competencia a la persona que la padece y por lo tanto debe primar el principio de beneficencia sobre el de autonomía. Esto es un poso del paternalismo médico que no tiene fundamento ético en el que sustentarse.

En las organizaciones de Osakidetza existen desde hace años los Comités de Ética Asistencial (CEA). Su papel es analizar y emitir recomendaciones cuando profesionales de la salud tienen que resolver conflictos éticos en su práctica diaria. Un conflicto ético es un conflicto de valores y en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género los valores enfrentados son frecuentes y no fáciles de resolver, por lo que los CEAs son de mucha ayuda en dichos casos.

### 3.2. LA VULNERABILIDAD

“La vulnerabilidad tiene dos dimensiones. Una es antropológica y señala la posibilidad de sufrir daño, de ser herido física o emocionalmente. La vulnerabilidad antropológica es pues una condición intrínseca del ser humano. La otra dimensión es socio-política. Se refiere a la susceptibilidad generada en la persona por su pertenencia a un determinado medio o por tener unas determinadas condiciones de vida. Esta segunda dimensión da lugar tanto a ámbitos de vulnerabilidad como a poblaciones vulnerables. Es decir, genera que la pertenencia a un grupo, género, cultura, condición o situación socioeconómica, convierta a los individuos en vulnerables<sup>13</sup>.”

La Declaración de los derechos y deberes de las personas en el Sistema sanitario de Euskadi identifica a las víctimas de violencia contra las mujeres como un colectivo vulnerable (junto con otros seis más). A estos efectos, se consideran personas vulnerables, o pertenecientes a colectivos vulnerables, aquellas que cumplen los siguientes criterios:

1. Tener limitada su autonomía o autogestión por agentes internos (estado o salud psicofísica) o externos (recursos, situación socio-cultural, etc.).
2. Precisar medidas específicas para garantizar su acceso en condiciones de igualdad y no discriminación a los recursos sanitarios, sociales y socio-sanitarios.

Todas las mujeres que sufren violencia, por el hecho de sufrirla, son vulnerables, pero algunas pueden serlo doblemente si también pertenecen a otro de los siete colectivos de personas vulnerables identificados en la Declaración de derechos y deberes (personas con trastorno mental grave; personas con discapacidad o diversidad funcional; víctimas de maltrato y desamparo; inmigrantes en situaciones administrativas irregulares; personas excluidas o en riesgo de exclusión social y personas transexuales).

<sup>13</sup> Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2015.



Que las mujeres que sufren violencia tengan limitada su autonomía o autogestión no significa que no sean competentes para tomar decisiones autónomamente y que podamos, en cualquier caso, realizar intervenciones sin su consentimiento o, muchos menos, en contra de su voluntad expresa. Aunque estas mujeres se encuentren en una situación de vulnerabilidad no se les debe privar de su autonomía para tomar decisiones. La mujer víctima de violencia de género tiene un papel activo en la toma de decisiones y el o la profesional de la salud deberá respetar sus valores y deseos, acorde a la fase de empoderamiento en que se encuentre, sin poner en riesgo su vida.

### 3.3. ASPECTOS ÉTICOS EN LA DENUNCIA JUDICIAL

El problema moral más frecuente y de mayor envergadura que se suscita en la labor profesional de la atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género es la decisión de si enviar o no un parte de lesiones al juzgado y, en su caso, cuándo hacerlo. Los valores enfrentados causantes del problema ético son la supuesta obligación legal de denunciar y el respeto a la autonomía de las mujeres cuando se oponen o no consienten la denuncia. (Ver Anexo II).

A modo de resumen, se tendrán en cuenta las consideraciones siguientes a la hora de emitir el parte de lesiones:

- Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
- Cuando se valore un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
- Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en un proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y que tenga una estrategia preparada para empezar a cambiar su situación vital.

La obligación legal de denunciar (emitiendo un parte de lesiones por violencia de género) no es absoluta. Sin embargo es absoluta la obligación legal y moral de asistir a las víctimas y de prevenir la violencia.

Se puede y se debe no emitir el parte de lesiones cuando la mujer se opone y siempre que no exista un riesgo grave e inminente para la mujer. Esta valoración se podrá hacer con garantías en el ámbito de la atención primaria, pero más difícilmente en el contexto de la atención en un servicio de urgencias.

La intervención debe ir en la línea de trabajar con la mujer y para ella, nunca en contra. Las excepciones estarán marcadas por la gravedad de los riesgos del mantenimiento de dicha situación, por la afectación grave de terceras personas en situación de dependencia (menores u otros u otras) y por la incompetencia de la mujer –que habrá que probar– para tomar la decisión.

La mujer víctima de violencia de género tiene un papel activo en la toma de decisiones y el o la profesional de la salud deberá respetar sus valores y deseos sin poner en riesgo su vida.





## Capítulo 3

# PROCESOS DE ACTUACIÓN

