

Responsabilidad médica frente a casos de violencia al interior de las familias. Una mirada desde una perspectiva ética y legal

Pamela Rojas¹, Iván Pérez¹, Carla Valladares², Patricia Rada³, Carolina Rain³

Resumen

La violencia al interior de las familias (VIF), en sus distintas formas y con distintas víctimas, es un problema que nos toca en forma transversal a las distintas disciplinas médicas.

En Chile, una de cada tres mujeres reporta haber experimentado VIF, y cerca de 45 mueren cada año por esta causa. Como país hemos optado por hacernos cargo de esta situación y nos hemos trazado como meta reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura asociada a violencia, y, específicamente, a reducir los femicidios en un 33%. La denuncia es un instrumento legal que puede ayudar a este propósito.

Este artículo reflexiona sobre conceptos médicos, legales y éticos involucrados en el abordaje inicial de una víctima de VIF, con especial foco en la denuncia. Se discute sobre los alcances de la nueva legislación vigente en Chile en materia de VIF, sobre la responsabilidad legal y ética del médico en Chile frente a este problema de salud, y sobre la postura de la Organización Mundial de la Salud al respecto.

Palabras clave: violencia doméstica; violencia intrafamiliar; responsabilidad legal del médico; denuncia; ley de violencia intrafamiliar; autonomía.

Abstract

Domestic violence (DV), in its different forms and with different victims, is a problem that affects us across several medical disciplines. In Chile, one out of three women reports being subject of domestic violence, and approximately 45 die each year for this reason. As a country, we have decided to deal with this situation, and we have self-imposed the goal of reducing morbidity, disability and premature mortality associated with violence, and to reduce femicide in 33%. Making a legal complaint is a tool that can help to achieve this purpose. The current article reflects on medical, legal and ethical concepts involved in the initial approach to a victim of domestic violence, with a focus in the act of make a legal complaint. We discuss the scope of the current legislation in Chile, about the legal and ethical responsibility of physicians confronted with this health problem, and about the position of the World Health Organization on this matter.

Keywords: domestic violence; domestic abuse; family violence; physician's legal responsibility; reporting of violence; domestic violence law; autonomy.

Fecha de envío: 3 de julio de 2018 - Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2019

Introducción

La prevalencia de violencia doméstica contra las mujeres es altísima en el mundo (OMS, 2005), y Chile no se queda atrás con las cifras. En nuestro país, la prevalencia de violencia al interior de la familia (VIF) en mujeres entre 15 y 59 años alcanza el 36%, o sea, una de cada tres mujeres ha experimentado VIF alguna vez en su vida (Ministerio de Interior y Seguridad Pública de Chile, 2008). Esta cifra aumenta en un contexto de salud. Una revisión sistemática chilena mostró que entre mujeres consultantes a servicios de salud

la prevalencia de VIF aumentaba hasta un 80% (León *et al.*, 2014). La traducción más dramática de estas cifras son las 42 mujeres que perdieron la vida por esta causa durante el año 2018 en Chile (*Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, 2018*).

La prevalencia de VIF en Chile contrasta con los reportes de denuncias. El año 2016 se realizaron 93542 denuncias por VIF en el país, de ellas, 72672 fueron por violencia hacia mujeres (*Ministerio de la*

(1) Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Juzgado de Familia de Talca.

(3) Práctica privada oficina personal en Derecho

(4) Centro de Innovación en Salud Ancora UC.

Autor de correspondencia: projasgo@uc.cl



Mujer y Equidad de Género, 2018). Si se considera que un tercio de las mujeres chilenas experimentarían VIF en algún momento de sus vidas, esta cifra es bastante baja; y da cuenta de una responsabilidad probablemente compartida entre las víctimas y un entorno, que pese a ser testigo de tales agresiones, no denuncia.

Para la década 2011-2020 Chile se ha trazado como objetivo prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos, y se ha impuesto como meta reducir los femicidios en un 33% (Ministerio de Salud Chile, 2010). La denuncia es un instrumento legal que puede ser utilizado por el médico para apoyar el cese de la VIF y evitar muertes. No es sencillo definir, sin embargo, cuándo y en qué condiciones es adecuado que un profesional de la salud realice este procedimiento legal, en especial cuando la víctima no desea hacerlo. La existencia de alcances éticos y legales involucrados es evidente.

En este artículo se reflexiona sobre el rol y los alcances de la denuncia frente a VIF, sin que esto signifique una recomendación absoluta a los equipos de salud en relación a cómo proceder. Revisamos algunos conceptos médicos, legales y éticos involucrados en el abordaje inicial de una víctima de VIF, de modo que sean los profesionales de los equipos de salud quienes puedan formarse un marco conceptual que oriente y respalde su proceder clínico. Para evitar confusiones nos limitamos a actos de violencia de carácter no sexual, que comprometen a víctimas mayores de edad.

¿Cómo se define violencia doméstica?

Existe una multiplicidad de definiciones y conceptos afines a "violencia doméstica", tales como violencia intrafamiliar, violencia hacia la mujer, violencia en la pareja, maltrato, etc.

"Violencia en la pareja es un concepto que pone énfasis en la relación entre víctima y victimario, y que se define como cualquier comportamiento, dentro esa relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación" (OPS, 2013).

"Violencia hacia la mujer se refiere específicamente a una situación en la que la víctima es la mujer, en un contexto donde su pertenencia al sexo femenino es lo que daría sentido a la conducta" (OPS, 2013).

"El concepto de VIF o de violencia doméstica, más utilizado en la literatura mundial, incluye la violencia de pareja (en la que la mujer suele ser la principal, aunque no la única víctima) y el maltrato infringido hacia menores y/o adultos mayores, por parte de cualquier integrante de la familia" (OPS, 2013).

¿Cómo se define VIF en nuestra legislación?

La ley que define, regula y sanciona los actos constitutivos de VIF en Chile es la Ley 20066, (Ministerio de Justicia, 2010). Esta ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la VIF, y otorgar protección a las víctimas. En su artículo 5 dispone que constituye VIF *"todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente; o bien, cuando esta conducta ocurre entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad, adulto mayor o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar"*.

Los tipos de maltrato que la ley evidencia en el contexto de VIF (Ministerio de Justicia, 2010). incluyen acciones de carácter:

1. Físico: golpes con los puños o con objetos contundentes, patadas, empujones, etc.
2. Psicológico: insultos, humillaciones, gritos, intimidación, amenazas de agresiones físicas, etc.
3. Sexual: forzar físicamente o psicológicamente a tener relaciones sexuales o forzar a realizar actos sexuales, humillantes o degradantes, conductas no deseadas, etc.
4. Económico: negar o condicionar el dinero necesario para la mantención propia y/o de las hijas o hijos, familiares, etc.

Es necesario destacar que las personas protegidas por la ley 20066 (Ministerio de Justicia, 2010) *"son el o la cónyuge, ex cónyuges, conviviente, ex conviviente, padre o madre de hijo común, aunque no haya existido convivencia. Se incluyen por igual a los parientes del ofensor, de su cónyuge o actual conviviente, en su línea recta (toda la ascendencia y descendencia) o colaterales hasta la relación tíos / tías / sobrinos / sobrinas y, además, cualquier otra persona que sea menor de edad o con discapacidad que se encuentre bajo la dependencia de cualquier integrante de la familia"*.

¿Todo acto de VIF debe ser denunciado por parte de un médico?

Es importante mencionar que la responsabilidad de realizar una denuncia (o la decisión de no hacerlo) es un acto que corresponde a todo médico que diagnostique VIF, y no sólo a un subgrupo de ellos, de modo que el análisis que se presenta incluye a quienes se desempeñan en contextos ambulatorios, servicios de urgencia, hospitales, etc.

Responder a la pregunta sobre si todo acto de VIF debe denunciarse no es sencillo. La conducta que puede parecer obvia para quien está fuera del conflicto, como es el caso de un profesional de la salud, puede ser considerada como inadecuada para una víctima. Dar una respuesta a esta pregunta exige una mirada que incluya distintas perspectivas, para lo cual se revisan algunos conceptos en relación con el desarrollo y mantención de VIF, y como estos interfieren en la decisión de denunciar; y una mirada hacia los aspectos éticos y legales involucrados.

La denuncia desde los modelos de desarrollo y mantención de VIF

Enfrentar una situación de VIF es complejo, y esta característica guarda relación con innumerables fenómenos que ocurren en torno a la víctima y su agresor. Para que la discusión con relación a la denuncia de un hecho de VIF tenga sentido, hay dos barreras que se deben sortear previamente.

Una primera barrera que enfrenta una víctima de VIF, en un contexto de salud, tiene relación con la falla en la detección de los casos por parte de los profesionales que la atienden. No existe una explicación única a este fenómeno. La VIF se vale de numerosos trucos invisibilizadores en los que un profesional clínico sin un entrenamiento formal puede caer fácilmente (Ravazzola, 1997); los médicos cuentan con una formación académica de pregrado que suele ser escasa en esta área (Rojas *et al.*, 2016); en los centros de atención los profesionales no siempre consideran que VIF sea un problema de salud, no saben cómo hablar de este tema, carecen de recursos suficientes y no saben cómo prestar ayuda (OPS, 2003). Por otro lado, existe un sinnúmero de temores asociados a “abrir esta caja de pandora”, que incluyen miedo a lo imprevisible, a la pérdida de control de la situación, a ofender a la paciente, a no poder controlar el comportamiento de la víctima, e incluso a dudar sobre su relato (Sugg, 1992).

Superado el diagnóstico de VIF, sobreviene una segunda barrera: que la víctima se acepte como tal y, eventualmente, decida realizar una denuncia. Frente a una situación de VIF la mayor parte de las víctimas no denunciará las agresiones y es probable que busque pasar desapercibida. Existen numerosas causas capaces de explicar esta situación y están ampliamente tratadas en la literatura. Por un lado, culturas como la nuestra, que normalizan VIF en las relaciones de pareja, y donde las víctimas son incapaces de nominar a la violencia como un problema y dimensionar su severidad. Por otro lado, las víctimas asumen como responsabilidad propia el control de las emociones de la pareja, creyendo que esta incondicionalidad cambiará los malos tratos; y paulatinamente la disminución progresiva del registro de malestar frente a agresiones reiteradas y

socialmente aceptables. Hay factores que contribuyen a perpetuar las agresiones, entre ellas el miedo a represalias por parte del agresor, situación que afecta a víctimas y a los testigos (incluyendo al personal de salud); la dependencia económica de la víctima; la convicción de que los hijos deben criarse junto a un padre (priorizando este ideal por sobre el bienestar personal); una baja autoestima y pobre sensación de autoeficacia; la falta de redes, y el temor a quedar sola o a ser estigmatizada (Ravazzola 1997; OPS, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han conducido por años un trabajo destinado a caracterizar y, eventualmente, erradicar la violencia doméstica en América Latina. Han generado investigación, publicaciones y material de capacitación afín; han propuesto e invitado a los países de la región a sumarse en el desarrollo de políticas públicas que permitan prevenir y pesquisar a tiempo situaciones de VIF. Para el caso específico de VIF entre adultos, OMS-OPS proponen una estrategia de primera línea centrada en las víctimas (en su mayoría mujeres), cuya primera recomendación es ofrecerles apoyo inmediato. Esto incluye, entre otros, mantener una actitud libre de prejuicios que apoye y valide lo que la mujer esté expresando, y entregar información acerca de los distintos recursos, incluidos los servicios legales que ella pudiera considerar de utilidad (OPS, 2014).

OPS insiste en la necesidad que los equipos de salud respalden a las mujeres en las decisiones que ellas decidan adoptar, aun cuando esto implique no denunciar, respetando su autonomía (OPS, 2014.) Pone énfasis en que es muy probable que una víctima de VIF no tome decisiones de inmediato para cambiar su situación, e insiste en la necesidad de respetar siempre su voluntad y sus decisiones (OMS, 2015). OPS no recomienda que los equipos de salud notifiquen sistemáticamente a las autoridades pertinentes todo caso de VIF y propone, por el contrario, que los profesionales estén disponibles para apoyar los trámites necesarios en caso de que la víctima desee denunciar, siempre y cuando ésta esté clara en sus derechos y potenciales riesgos (OPS, 2014).

La denuncia desde una perspectiva ética

Enfrentar una situación de VIF constituye un desafío para el médico tratante, con diversas connotaciones éticas. El actuar clínico debe ser guiado por la búsqueda del bien integral de la paciente, en este caso aliviar los daños físicos y psicológicos derivados de la VIF, junto a acciones preventivas de futuras agresiones. El problema surge cuando la paciente manifiesta su voluntad de no denunciar y el médico considera que debería hacerlo. ¿Basta ampararse en la obligación de secreto profesional y de respeto a la autonomía de la paciente o debería primar el deber de cuidar la vida y la salud?

Desde tiempos de Hipócrates se ha entendido la relación médico-paciente como un espacio de intimidad y confianza, constituyendo una obligación profesional el no divulgar la información confiada a él (Serani, 1994). Este compromiso tácito de respetar la confidencialidad ocupa un lugar relevante en los códigos deontológicos de las distintas asociaciones médicas y, tal como lo expresa la Asociación Médica Mundial, esta obligación de secreto debería persistir incluso más allá de la muerte del paciente (Asociación Médica Mundial, 2017). Es ampliamente aceptado, sin embargo, que este deber médico no es absoluto y admite algunas excepciones (Colegio Médico de Chile, 2013). Una de ellas es la necesidad de prevenir un daño grave a la integridad y la vida del paciente o de terceros. Desde esta perspectiva, denunciar una situación de VIF detectada, es una obligación médica, y aún mayor en la medida que se constaten lesiones físicas o psicológicas; por lo tanto, abstenerse de hacerlo debe considerarse, desde un punto de vista moral, una acción incorrecta, una falta a la ética profesional.

El respeto a la autonomía del paciente es parte constitutiva del modelo de relación clínica actualmente prevalente, llamado "participativo-informativo", en el cual el médico ha abandonado el rol paternal o autoritario de otras épocas. Ya no cabe imponer la voluntad médica por sobre los deseos del paciente en toda circunstancia; ejemplo de ello es el derecho a la participación informada, proceso por el cual el paciente asume un rol activo en la toma de decisiones y, finalmente, tiene la posibilidad de aceptar o rechazar la propuesta terapéutica del médico. El ejercicio de este derecho será moralmente lícito, en la medida que se cumplan tres condiciones: que el paciente haya recibido información adecuada y en un lenguaje comprensible, que tenga la capacidad o competencia para decidir, y que se encuentre libre de coacción o coerción. Cuando el paciente no puede decidir por un impedimento transitorio o permanente, como es el caso de los menores de edad, los interdictos o los adultos con daño neurológico, quien lo represente debería cumplir estas mismas condiciones y decidir buscando el mayor bien o el mejor interés del paciente. El médico asume la responsabilidad de informar adecuadamente y evaluar la competencia del paciente o de quien lo represente, particularmente en las decisiones más complejas. En párrafos anteriores se ha expresado que las pacientes víctimas de VIF se encuentran en un estado psicológico particular, por el cual han "normalizado" las conductas violentas y manifiestan múltiples temores. Cabe preguntarse, entonces, ¿cuán autónoma (libre) es una decisión en estas circunstancias?

Siendo el respeto a la autonomía moral de la paciente uno de los argumentos centrales para justificar la no denuncia de VIF, es atingente una reflexión sobre lo que se entiende en nuestra cultura por autonomía y cuáles son sus límites. En la comprensión actual

de autonomía prevalece el significado de hacer lo que a uno le dé la gana: "lo que yo siento, lo que yo quiero, lo que yo elijo", con el único límite de no afectar la autonomía de los demás. Este significado difiere del acuñado en sus orígenes por Kant. Entender así la autonomía, implica olvidar que las decisiones autónomas deben ser al mismo tiempo racionales, responsables y respetuosas de los bienes que sustentan la vida en sociedad (Carrasco, 2008). Desde la perspectiva de la ética de la ley natural se reconocen como "bienes humanos básicos" aquellos bienes como la vida física, la salud, la familia, el trabajo, la amistad o el conocimiento, cuya bondad es autoevidente para todos y que son fines en sí mismos, no sólo instrumentalmente buenos para la consecución de otros bienes. Son condición para el desarrollo pleno y el "florecimiento" de la persona (Gómez-Lobo, 2006). Si bien no existe una jerarquía entre ellos, desde un punto de vista bioético y de la ética-clínica, la salud y la vida son los bienes básicos claves y relevantes, ya que nos habilitan para poder participar de otros bienes (Gómez-Lobo & Keown, 2018). En esta teoría ética, la autonomía no tiene carácter de bien o de fin en sí misma; considera un deber de justicia el respetar las decisiones autónomas de los pacientes, aunque este respeto no puede ser ilimitado; por ejemplo, el médico no tiene la obligación de realizar acciones en contra de sus propias convicciones, aun cuando estas fueran solicitadas por el paciente. Es así como en la práctica clínica, el médico debe actuar en concordancia con los fines primarios de su actividad, que son el cuidado de la vida y la salud, teniendo una adecuada comprensión del significado y límites del respeto por las decisiones autónomas del paciente. Dicho en otras palabras, no todas las decisiones que tome una paciente serán necesariamente buenas para ella, como sería el caso de una mujer que solicite no denunciar un delito como la VIF. Respetar la autonomía también significa reconocer al médico como un agente moral, libre y responsable de sus actos profesionales, incluyendo las omisiones.

Finalmente, si a las consideraciones anteriores agregamos la obligación de reconocer y respetar la dignidad de toda persona, entonces los actos autónomos serán lícitos sólo en la medida que promuevan y no atenten contra este valor fundamental e intrínseco (Guerra, 2003). En otras palabras, así como la esclavitud no es digna del hombre, aunque fuera consentida por éste, tampoco lo es la VIF. Tener en consideración sólo las consecuencias de la denuncia para justificar el silencio y tolerar el maltrato no es la mirada correcta.

En suma, si bien la situación planteada constituye un problema ético-clínico, en el cual hay un conflicto aparente de principios y valores, un adecuado reconocimiento de los bienes humanos básicos que se deben proteger debería ser la mejor guía para una correcta toma de decisiones del médico.

La denuncia desde una perspectiva legal

VIF ha sido materia de preocupación por parte de la comunidad de derechos humanos desde hace varias décadas. Esto ha justificado la creación de convenios internacionales, universales y regionales que establecen obligaciones especiales de actuación para los estados (INDH, 2013), tanto a nivel de prevención como de protección, que incluye obligaciones de investigación, sanción y reparación de los hechos constitutivos de VIF (CEDAW, 2017). Cuando nos referimos a obligaciones del Estado debemos tener en cuenta que el estado está compuesto por instituciones y por quienes trabajan en dichos órganos, pero también respecto de quienes cumplen ciertos roles que les permiten o están en situación de poder tomar conocimiento de acciones constitutivas de VIF. La responsabilidad de prevenir y erradicar VIF, así como de otorgar protección a las víctimas, es prioritaria del Estado, pero para lograr dicho objetivo es fundamental la participación y compromiso de la sociedad completa (CEDAW, 2017).

Para efectos de prevenir, erradicar y proteger a las víctimas de VIF, siempre será deseable contar con su voluntad para afrontar los procesos judiciales que siguen a una denuncia. No puede dejar de considerarse, sin embargo, que el círculo de violencia en la que se encuentra una víctima puede ser de tal severidad, que desincentive la acusación. Es en estos escenarios donde la denuncia se transforma en un elemento eventualmente preventivo de femicidio, y frente al cual los médicos deben asumir su rol.

El artículo 175 del Código Procesal Penal establece que los profesionales en medicina tienen la obligación de denunciar cuando apreciaren en alguna persona señales de algún delito. En este sentido el artículo 1 del Código Penal (Ministerio de Justicia, 2017) establece que “es delito toda acción u omisión voluntaria penada por la ley”, además el artículo tercero del mismo cuerpo normativo señala que “los delitos, atendida su gravedad, se dividen en crímenes, simples delitos y faltas y se califican de tales según la pena que les está asignada en la escala general del art. 21”, en este sentido podemos señalar, para los efectos de este artículo que las faltas y los delitos se diferencian en atención a la gravedad del daño ocasionado al bien jurídico protegido por la norma penal, siendo la menos lesiva la falta respecto del delito.

En relación a lo anterior podemos señalar que el derecho penal está enfocado a resguardar bienes jurídicos y principios que son fundamentales para el desarrollo y la convivencia social pacífica, pues la infracción o falta a ellos tienen una consecuencia los individuos involucrados y también en la sociedad toda, a diferencia del objeto y enfoque del derecho civil, que regula y protege las relaciones establecidas entre particulares, y cuyos intereses normalmente sólo impactan a las partes de dichas relaciones.

Es por ello que la obligación de denuncia se establece respecto de los delitos en sentido amplio, dada la gravedad de los hechos, los riesgos que implican y la afectación a bienes jurídicos protegidos que se han consagrado –por el legislador– como fundamentales para el adecuado desarrollo social.

El artículo 84 de la ley 19968 (Ministerio de Justicia, 2010) es bastante claro frente a estas situaciones, y establece la obligación absoluta de denunciar los actos que sean constitutivos de VIF. Si bien la ley tipifica dos categorías de estos actos, los que son y los que no son delitos, la obligación de denuncia de los profesionales de la salud es respecto de todos los actos constitutivos de VIF, sin distinción entre delito y falta, pues esta es una conclusión que debe obtenerse luego de una investigación y por el órgano encargado de la misma, no por el personal médico.

Así como existe un cuerpo de leyes que define y regula la obligatoriedad del médico de denunciar los actos de VIF a los cuales se enfrenta en su actuar clínico, también existe una normativa vigente que regula su obligación de guardar el secreto médico que se le ha confiado. La tabla 1 resume las leyes que regulan la obligación médica de denunciar actos de VIF, mientras que la tabla 2 da cuenta de la normativa vigente en relación con el secreto médico.

Tabla 1: Leyes que regulan la obligación médica de denunciar actos de VIF.

Ley	Artículo	Principales alcances
Ley que crea los Tribunales de Familia, N° 19.968	Artículo 84.- Obligación de denunciar	“Las personas señaladas en el artículo 175 del Código Procesal Penal estarán obligadas a denunciar los hechos que pudieren constituir violencia intrafamiliar de que tomen conocimiento en razón de sus cargos, lo que deberán efectuar en conformidad a dicha norma... El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo será sancionado con la pena prevista en el artículo 494 del Código Penal”.
Código Procesal Penal.	Artículo 175.- Denuncia obligatoria	“Estarán obligados a denunciar: d) Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito, y...”

Fuente: Elaboración propia a partir de la legislación citada.

Tabla 2: Normativa vigente que regula la obligación de mantener el secreto médico.

Normativa	Principales alcances
Juramento Hipocrático	"...6. Todo cuanto en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de la profesión como fuera del mismo, viere u oyere que no deba divulgarse, lo considerará absolutamente como un secreto
Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial	"El médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente..."
Código Penal (Artículo 247)	El empleado público que, sabiendo por razón de su cargo los secretos de un particular, los descubriere con perjuicio de éste, incurrirá en las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales. Las mismas penas se aplicarán a los que, ejerciendo <i>alguna de las profesiones que requieren título</i> , revelen los secretos que por razón de ella se les hubieren confiado.
Código Procesal Penal (Artículo 303: Facultad de abstenerse de declarar por razones de secreto)	Tampoco estarán obligadas a declarar aquellas personas que, por su estado, profesión o función legal, como el abogado, médico o confesor, tuvieren el deber de guardar el secreto que se les hubiere confiado, pero únicamente en lo que se refiriere a dicho secreto.

Fuente: Elaboración propia a partir de la legislación y normativa citada.

Denunciar o no denunciar: ¿cómo integrar las distintas perspectivas?

Frente a una situación de VIF detectada por un profesional de salud la pregunta recurrente es: ¿cuál es la obligación que debe prevalecer para ser cumplida?; ¿la obligación de guardar el secreto profesional de manera indefectible o la obligación de denunciar? No existe en Chile una norma especializada en materia de VIF que dirima este conflicto, como sí se evidencia en la legislación comparada de otros países cercanos, tales como Argentina, Colombia o Costa Rica.

En Chile nos encontramos frente a un choque de disposiciones. Nuestro ordenamiento jurídico no cuenta con una prerrogativa expresa al secreto médico, sino sólo una disposición contenida en el artículo 303 del Código Procesal Penal, que establece la facultad de abstenerse de declarar por razones de secreto. Esta norma permite que el médico se inhiba de declarar respecto de los hechos que conozca con ocasión de la atención y detección de situaciones de VIF, pero de todas formas debe comparecer a la presencia judicial y explicar los motivos de su abstención. En resumen, puede evitar declarar, pero la ley no lo exime de su obligación de denunciar, con lo que ya viola el secreto profesional.

Es importante reflexionar entonces, que frente a la detección de VIF, un médico en Chile deberá optar por incumplir la obligación de denunciar estos actos, o bien, incumplir el deber de confidencialidad para con su paciente.

Fundamentos que pueden apoyar una u otra posición en la toma de la decisión que haga el médico

Si el médico opta por guardar el secreto profesional, podría fundamentar su actuar en el Juramento Hipocrático y, deviniendo de éste, en la normativa internacional y constitucional. Desde el ámbito de los Tratados de Derechos Humanos, constitucionalmente incorporados, el secreto profesional reconoce su existencia en la protección a la intimidad, la privacidad y la libertad, y no admite que los confidentes divulguen lo que se les ha informado en secreto (Art 19, nº 4, Constitución Política de la República de Chile).

Otro fundamento para optar por guardar el secreto por sobre denunciar está en el cumplimiento irrestricto de la prohibición legal que establece el artículo 247 del Código Penal, sancionando la revelación del secreto. Esto, en el entendido que el deber de confidencialidad es un interés superior; que la revelación puede provocar la vulneración de la garantía de atención médica; y bajo el fundamento que romper este secreto podría inhibir a las mujeres de presentarse ante la consulta médica por temor a que su situación sea denunciada.

Si, por el contrario, la elección del médico es hacer la denuncia, podrá esgrimir como primer fundamento que se está ante un problema de salud y los profesionales de la salud no pueden permanecer ajenos a ello. Como tales, pueden desempeñar un papel crucial en la identificación de casos de VIF, los que de otra forma quedarían sumergidos en el silencio e inhibición de las víctimas y su entorno social. (García, 2002).

La violencia contra las mujeres ha sido reconocida por la Organización de Naciones Unidas (ONU) desde la década del 80, poniéndose en evidencia la virtual impunidad judicial de las personas que cometen estos actos (ONU, 1980). El maltrato doméstico es una violación a los derechos humanos y ha sido necesario muchas muertes y la actividad valiente de muchas víctimas, para que hoy este tema sea más visible y los países hayan podido legislar. La obligación de denunciar podrá prevalecer, por sobre la de guardar el secreto, bajo el fundamento de visibilizar situaciones que de otro modo quedarán impunes y perpetuarán el ciclo de violencia en el que viven las víctimas (Alvarado, 2012).

Esta segunda elección del médico cobra sentido, por cuanto efectuar la denuncia podría interpretarse como un acto necesario para evitar un daño severo, irreversible o permanente en la propia víctima o en terceros. El secreto tiene asignados sus límites por el derecho natural y la obligación cesa cuando se hace imposible guardarlo sin un grave perjuicio para la sociedad entera, para una tercera persona inocente, para el mismo que la ha confiado o para el depositario del secreto (Echeverría & col 2014). En estos casos, quienes decidan denunciar una situación de VIF quedarán amparados por la eximente de responsabilidad criminal del artículo 10 del Código Penal que señala: "Están exentos de responsabilidad criminal: 10. El que obra en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, autoridad, oficio o cargo" (Ministerio de Justicia, 2017) Así, el médico que denuncia estaría actuando en cumplimiento de un deber, cual es la obligación de denunciar establecida en el artículo 84 de la ley 19968 (Ministerio de Justicia, 2010) o 175 del Código Procesal Penal y, por tanto, no sería objeto de la sanción tipificada en el artículo 247 del Código Penal.

Discusión

Las tasas de prevalencia de VIF son altísimas en el mundo y Chile no es la excepción. Lo mismo ocurre con los casos de femicidio. Hoy nos enfrentamos, como país, al desafío de bajar estas prevalencias y, para hacerlo, la pesquisa y la denuncia surgen como opciones evidentes desde una mirada clínica.

Frente a una situación de VIF, la denuncia, sus tiempos y procedimientos, suele ser una interrogante común de los médicos en formación e incluso de los médicos en ejercicio. Muchos de ellos, por distintos motivos, ven en la denuncia el punto final de una situación de VIF, una suerte de meta a la cual el profesional debe lograr llegar y con la cual pueden dar por cerrado una situación de este tipo. Lamentablemente, la realidad es diferente. Las denuncias son puntos de inflexión en situaciones de VIF, no logran dar por cerrado el problema y, en muchas ocasiones, complejizan más la situación de una víctima.

Nuestra legislación dicta que, frente cualquier acto que constituya VIF, la denuncia debe realizarse, ya sea por la víctima o por el profesional a cargo. El problema se presenta, entonces, cuando la víctima no desea efectuar una denuncia por VIF y la responsabilidad legal y ética de hacerlo recae sobre el médico tratante. Desde una mirada ética, la situación constituye un problema ético-clínico, teñido por el compromiso de confidencialidad y por el respeto a la dignidad y autonomía del paciente. Desde una perspectiva legal, por su parte, entran en juego el cumplimiento de la obligación médica de denunciar todo acto de VIF, situación regulada por ley, y el deber de resguardar el secreto que se le ha confiado a ese médico en un contexto clínico.

Las discrepancias que se genera entre las posturas expuestas son un desafío para el médico tratante. Si bien ambas posturas difieren, ponen en evidencia que comparten un objetivo común: la protección de las víctimas. Quien opta por denunciar en contra de los deseos expresados por su paciente, podrá hacerlo resguardado por una ley que lo obliga a denunciar y bajo el fundamento que la responsabilidad de erradicar la VIF y de dar protección a las víctimas requiere de la participación de la sociedad en su conjunto, entre ellos, el mundo médico. Asimismo, podrá argumentar que efectuar la denuncia es un acto necesario para evitar un daño severo, irreversible o permanente, en la propia víctima o en terceros. Quien opta, por el contrario, por no denunciar y devolver ese poder a las víctimas, respetando sus tiempos, podrá argumentar que cumple lo estipulado en el juramento Hipocrático, con relación a la defensa del secreto profesional, con lo establecido en los Tratados de Derechos Humanos constitucionalmente incorporados en Chile, y que se apega a la prohibición legal que establece el artículo 247 del Código Penal (Ministerio de Justicia, 2017) con relación a la revelación del secreto. Su abordaje se fundamentará entonces en el entendido que el deber de confidencialidad es un interés superior, y que la develación de ese secreto podría inhibir a las víctimas a consultar y/o a continuar un proceso dirigido a su reparación y empoderamiento, recomendación actual de OMS-OPS.

Hoy, el desafío del mundo médico con relación a VIF implica considerar una serie de criterios para definir cómo actuar en estos casos. Estos criterios requieren de un enfoque individual, sin descuidar una mirada poblacional, es decir, incorporando en la decisión la magnitud del problema en Chile; el desafío de reducir las prevalencias de VIF y femicidio; los principios éticos en juego; y la legislación y normativas que rigen el comportamiento.

La propuesta de este grupo de trabajo implica privilegiar una relación comunicativa y acogedora, que ayude al paciente a reconocer la gravedad de los hechos y a ser activos en el proceso de denuncia.

Propone un abordaje centrado en el paciente, respetuoso de sus tiempos, sensible frente a sus necesidades; y dispuesto a balancear los riesgos y beneficios de efectuar una denuncia. Apoyarse en un comité de ética asistencial es una buena alternativa en los casos en los que el tratante y el equipo que lo acompaña vean excedida su capacidad para definir el actuar más adecuado.

Como reflexión final invitamos a recordar que el objetivo de una intervención como la denuncia es el cese del maltrato hacia la víctima y su protección. La denuncia puede ser un medio para lograr este objetivo, pero jamás será un fin en sí misma.

Referencias

- Alvarado M & Guerra N. (2012). La violencia de género un problema de salud pública. *Interacción y perspectiva revista de Trabajo Social* **2**, 117-130.
- Asociación Médica Mundial (2017). Declaración de Ginebra. Accedido en <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/el-02-de-abril-de-2018>.
- Carrasco, M. Problemas Contemporáneos de Antropología y Bioética. (2008). Ed. IES, Santiago de Chile.
- Colegio Médico de Chile (2013). Código de Ética. Accedido en http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2015/06/colmed_codigo_etica_2013.pdf el 02 de abril de 2018.
- Constitución Política de la República de Chile. Capítulo III: De los Derechos y Deberes Constitucionales. Art 19, nº 4. Accedido en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302> el 13 de marzo de 2019.
- Echeverría C. & col (2014) Grupo de Estudios de Ética de la Sociedad Médica de Santiago. El respeto a la intimidad del paciente. *Rev Med Chile* **142**, 506-511.
- Fernández M, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, Montón C, Redondo M & Tizón M. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Actividades preventivas. Aten Primaria* **32**, 425-33.
- Gracia E & Lila M. (2008). Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Med Chile* **136**, 394-400.
- García-Moreno C, Jansen H.A, Ellsberg M, Heise L & Watts C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet* **368**, 1260 - 1269.
- Gómez-Lobo A. (2006). Los Bienes Humanos. Ética de la ley natural. Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Gómez-Lobo A & Keown J. (2018). Bioética y los Bienes Humanos. Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Guerra R. (2003). Afirmary a la persona por sí misma. La dignidad como fundamento de los derechos de la persona. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México.
- Hipócrates (2007). Juramento. Ed. Gredos, Madrid.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos INDH. (2013) Informe Anual.
- León T, Grez M, Prato J, Torres R & Ruiz S. (2014). Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. *Rev Med Chile* **142**, 1014-1022.
- Ministerio del Interior, Chile. (2008). Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Accedido en http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMT-g1ODY1OQ==Encuesta_Nacional_de_Victimizaci%C3%B3n_por_Violencia_Intrafamiliar_y_Delitos_sexuales,_2008 el 10 de abril de 2017.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Chile. (2018). Delitos de Violencia Intrafamiliar – casos policiales. Accedido en <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/tasa-de-denuncias-y-detenciones/delitos-de-violencia-intrafamiliar-casos-policiales/> el 24 de enero de 2018.
- Ministerio de Justicia, Chile (2010). Ley 19968, publicada en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2004. Última modificación, 18 de diciembre de 2010, mediante Ley 20480 publicada en el diario oficial el 18 de diciembre de 2010.
- Ministerio de Justicia, Chile (2010). Ley 20066, publicada en el Diario Oficial el 7 de octubre de 2005. Última modificación, 18 de diciembre de 2010, mediante Ley 20480 publicada en el diario oficial el 18 de diciembre de 2010.
- Ministerio de Justicia, Chile (2017). Código Penal Chileno, promulgado 12 de noviembre de 1874. Última modificación, mediante ley 20.526, el 29 de marzo de 2017, publicada en Diario Oficial con esa misma fecha.
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. (2017). Informe femicidios en Chile. Accedido en <https://www.minmujeryeg.cl/wp-content/uploads/2015/11/FEMICIDIOS-2018-al-28-de-diciembre.pdf> el 6 de febrero de 2019.

Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. (2018). Delitos de Violencia Intrafamiliar – casos policiales. *Accedido en* <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/tasa-de-denuncias-y-detenciones/delitos-de-violencia-intrafamiliar-casos-policiales/> el 24 de enero de 2018.

Ministerio de Salud Chile. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. *Accedido en* <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf> el 17 de abril de 2018.

Organización de las Naciones Unidas (1980). Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. Copenhague.

Organización de las Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer CEDAW (2017). Recomendación General No. 35

Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. (2015). *Accedido en* <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf> el 24 de enero de 2018.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington, DC. *Accedido en* <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/165815/9275322929.pdf?sequence=1> el 06 de junio de 2018.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Washington, DC. *Accedido en* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98788/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?sequence=1 el 24 de enero de 2018.

Organización Panamericana de la Salud. (2014) 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. Resumen ejecutivo. Washington, DC: OPS, *Accedido en* http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1 el 24 de enero de 2018.

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C. *Accedido en* <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf> el 24 de enero de 2018.

Ravazzola M. (1997). Historias infames: los malos tratos en las relaciones. Paidós ibérica.

Rojas P & Pinedo J. (2016). Violencia intrafamiliar y abuso sexual: ¿Cómo integrarlos al círculo de pregrado de medicina? *ARS MEDICA* **41**, 54-61.

Serani A. (1994). Respeto a la intimidad del paciente. Fundamentos antropológicos y éticos. En: *Ética clínica, fundamentos y aplicaciones*. Ed. Universidad Católica, Santiago de Chile, pp. 103-20

Sugg NK & Inui T. (1992). Primary care physician's response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA* **267**, 3157-60.