



ORIGINAL

## Aspectos éticos y legales de la violencia sobre la mujer

Teresa Peramato Martín<sup>a</sup> y Jorge González-Fernández<sup>b,\*</sup><sup>a</sup> Fiscal de Sala contra la Violencia sobre la Mujer, Fiscalía General del Estado<sup>b</sup> Médico Forense, Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja

Recibido el 27 de octubre de 2023; aceptado el 19 de diciembre de 2023

Disponible en Internet el 18 de enero de 2024

### PALABRAS CLAVE

Violencia de género;  
Confidencialidad;  
Beneficencia;  
No maleficencia;  
Autonomía;  
Aspectos legales

**Resumen** La atención a las mujeres víctimas de violencia presenta a los profesionales de la salud situaciones que exigen una profunda reflexión al plantear conflictos entre los principios fundamentales de la bioética. La deliberación para la resolución de estos conflictos nos debe llevar a la adopción de cursos de acción intermedios en los que ninguno de los principios afectados quede totalmente comprometido, pero siempre atendiendo al debido cumplimiento de la normativa legal y deontológica.

Dentro de estos conflictos debe tenerse en consideración la posible afectación de la autonomía de la víctima, condicionada por la relación de dominio respecto a su agresor, característica fundamental de la violencia de género. No obstante, el hecho de que exista una obligación legal de emitir un parte de lesiones o la comunicación de la sospecha fundada de maltrato no es suficiente para obviar el hecho de que la persona, en este caso víctima, debe ser partícipe del proceso, de manera que el/la médico/a tiene la obligación de informar a su paciente sobre este mandato legal, dedicando para ello todo el tiempo y la atención que sean necesarios para lograr que la víctima comprenda la finalidad y los beneficios de dar cumplimiento a la norma.

En cualquier caso, y más allá de la necesaria adecuación de la conducta del profesional a los preceptos vigentes, debe atenderse al principio ético de beneficencia, por el cual la mejor actuación del profesional reside precisamente en proporcionar a la víctima medios que permitan evitar la reiteración de nuevas agresiones, implementando medidas de prevención que tienen su origen en el certero diagnóstico de la situación de violencia y en la comunicación de esta a las autoridades.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jgonzalezf@larioja.org](mailto:jgonzalezf@larioja.org) (J. González-Fernández).

**KEYWORDS**

Intimate partner violence; Confidentiality; Beneficence; Non-maleficence; Autonomy; Legal aspects

**Ethical and legal aspects of violence against women**

**Abstract** Caring for female victims of violence presents health professionals with situations that require careful consideration due to the conflicts raised between the fundamental principles of bioethics. During this process, intermediate courses of action should be adopted in which none of the affected principles is totally compromised, yet always take into account due compliance with legal and deontological regulations.

Within these conflicts, the possible impact on the autonomy of the victim must be taken into consideration, conditioned by the relationship of dominance with respect to their aggressor, a fundamental characteristic of gender violence. However, the fact that there is a legal obligation to issue an injury report or to communicate a well-founded suspicion of abuse is not enough to ignore the fact that the person, in this case the victim, must be a participant in the process. As such, the doctor has the obligation to inform his or her patient about this legal requirement, dedicating all the time and attention necessary to ensure that the victim understands the purpose and benefits of complying with this.

In any case, and beyond the appropriate adaptation of the professional's conduct to current precepts, the ethical principle of care must be adhered to, by which the best thing the professional can do is to provide the victim with the means to avoid the repetition of new attacks, implementing prevention measures that have their origin in the accurate diagnosis of the situation of violence and in the communication of this to the authorities.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La violencia sobre la mujer es uno de los problemas sociosanitarios más estudiados desde diversas perspectivas: prevención, detección precoz, intervención, apoyo y protección a las víctimas, sanción y reparación. Desde la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, las estrategias de afrontamiento vienen centrándose en la atención a las mujeres víctimas, en la restitución de los daños a su integridad física, en paliar las graves repercusiones psicológicas y sociales, y en aminorar los riesgos de mayor violencia e, incluso, de feminicidio.

Sabemos que el tiempo medio empleado por las mujeres víctimas para verbalizar y/o denunciar la violencia es de ocho años y ocho meses<sup>1</sup>, tiempo que puede ser muy superior cuando la víctima reside en el ámbito rural. Durante estos largos períodos, las mujeres y sus hijos e hijas, por extensión, sufren una violencia que se caracteriza por ser estructural, cíclica, procesual y reiterativa; los ciclos se repiten cada vez con menor tiempo, y en ellos la explosión es cada vez más grave y el riesgo de feminicidio, e incluso de infanticidio, se incrementa con cada ciclo. Como dice el Parlamento Europeo en su Resolución de 6 de octubre de 2021 sobre el Impacto de la violencia doméstica y del derecho de custodia en las mujeres y los niños, «la violencia en el marco de la pareja o expareja es claramente incompatible con el interés superior del menor [...] debido a las graves consecuencias para las mujeres y los niños, entre otras, el riesgo de actos extremos de feminicidio e infanticidio».

La correcta asistencia a las mujeres que sufren este tipo de violencia conlleva, en ocasiones, una aparente colisión entre las obligaciones éticas del profesional de la sanidad que interviene, los intereses de la mujer y el cumplimiento de la normativa vigente.

Desde una perspectiva principalista podemos observar conflictos que afectan a los principios bioéticos fundamentales descritos por Beauchamp y Childress<sup>2</sup> de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, y a otros, como son el de confidencialidad y el de lealtad. Si bien una toma de decisión óptima exige una profunda deliberación con la que hallar un curso intermedio de acción, en el que ninguno de los principios en conflicto quede totalmente lesionado, el resultado debe quedar supeditado al estricto cumplimiento de la norma legal.

## Reflexiones éticas y jurídicas sobre los principios en conflicto

La violencia sobre la mujer tiene su génesis en una relación de asimetría y de dominio del maltratador hacia la víctima que dificulta la visibilización de la violencia, comprometiendo su diagnóstico y la adopción de las medidas legales necesarias para su corrección, que abarcan no solo la comunicación del profesional a las autoridades de las lesiones observadas durante la actuación médica, sino también aquellas otras situaciones en las que, aun en ausencia de lesiones, la sospecha de maltrato es fundada. El primer paso para proteger a las víctimas es la detección de la violencia y el papel protagonista de los profesionales sanitarios en este ámbito es indudable. En 1998 la OMS, conocedora del importante papel que desempeñan los profesionales de la salud en su detección, declaró la violencia doméstica como prioridad internacional para los servicios sanitarios.

La obligación, legal y ética, contemplada en la normativa vigente y en el Código de Deontología Médica<sup>3</sup>, plantea a los profesionales de la salud conflictos en los principios éticos de confidencialidad, fidelidad e, incluso, sobre el consentimiento.

miento informado como expresión de autonomía respecto a la toma de sus propias decisiones<sup>4</sup>.

## La confidencialidad

La confidencialidad alude a la confianza entre dos o más personas, a la seguridad recíproca de que se mantendrá reserva sobre lo hablado o actuado. En medicina, sin confidencialidad no existe privacidad de la información proporcionada, y sin esta, se pierde el control de los datos personales, afectando esta pérdida a la autonomía individual. La persona tiene derecho a que todos los profesionales que lleguen a conocer sus datos respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto profesional, que es la base de la relación de confianza entre el/la médico/a y sus pacientes. Como dice el Código de Deontología Médica, «El secreto médico es uno de los pilares esenciales en la relación médico-paciente, cualquiera que sea la modalidad del ejercicio profesional» (art. 27.1).

Sin embargo, estas reglas de confidencialidad no son absolutas, ya que son de obligado cumplimiento solo cuando no entran en colisión con otros principios e intereses sociales, como son la protección de las víctimas y la persecución de los delitos públicos. El dilema que surge entre la debida reserva de la información proporcionada por la mujer víctima de violencia a manos de su pareja y la obligación de revelar la confidencia, si bien desde una perspectiva ética merece una profunda reflexión, queda subordinado a la legislación vigente.

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica —Convenio de Estambul—, que forma parte de nuestro ordenamiento jurídico interno, obliga a los Estados a adoptar las medidas necesarias para que «las normas de confidencialidad impuestas por sus legislaciones internas a ciertos profesionales no impidan, en condiciones apropiadas, hacer una denuncia a las organizaciones o autoridades competentes si tienen razones serias para creer que se ha cometido un acto grave de violencia [...] y que hay riesgo de que se produzcan nuevos actos graves de violencia» (art. 28).

En nuestra legislación estatal, además de la obligación de remitir al juzgado el parte de lesiones (art. 355 Ley de Enjuiciamiento Criminal [LECrim]), en el artículo 262 se regula la obligación de todos los profesionales de denunciar los delitos públicos de los que tengan conocimiento en el ejercicio de sus profesiones u oficios y todos los relativos a la violencia sobre la mujer, a excepción de los delitos contra la libertad sexual, que requieren denuncia de la víctima o del Ministerio Fiscal (art. 192 C.P.), son delitos de esa naturaleza.

Teniendo en cuenta que esta es una violencia instrumental, repetida, cíclica y procesual, que daña a las mujeres en todas las esferas y ámbitos de sus vidas y por extensión a sus hijas e hijos menores, el fundamento de la obligación de comunicar los hechos a la autoridad judicial no ha de entenderse solo relacionada con la potestad del Estado de sancionar los delitos, sino con la necesidad de poner fin a la conducta delictiva y la de proteger a las víctimas, razón por la que el legislador, al regular la orden de protección (art. 544 ter-2 LECrim), recogió expresamente la obligación de todas las entidades u organismos asistenciales, públicos

o privados, de poner en conocimiento inmediato del juez de guardia o del Ministerio Fiscal aquellos hechos constitutivos de algún delito contra la vida, la integridad física o moral, la libertad sexual, la libertad o la seguridad, cometidos contra, entre otras personas, la mujer que sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, «con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la orden de protección».

El artículo 72.2 del Código de Deontología Médica dispone que el médico «nunca debe silenciar estas conductas y tiene el deber de denunciarlas». El Tribunal Supremo ha reiterado que la conducta de poner en conocimiento de la autoridad competente los hechos delictivos no es revelar secretos, sino cumplir con la obligación de denunciar impuesta legalmente y con especial intensidad al/la médico/a en el artículo 262 de la LECrim (STS 778/2013 de 22 de octubre).

A la inversa, el incumplimiento de esta obligación, como ocurre en otros ordenamientos jurídicos, no solo puede determinar la puesta en marcha del procedimiento sancionador a fin de imponer la ridícula multa con que sanciona tal omisión en el artículo 262 LECrim o para determinar las responsabilidades disciplinarias en las que haya podido incurrir el profesional, sino también la incoación de un procedimiento penal para depurar las responsabilidades de conformidad con el artículo 450-2 del Código Penal.

## La autonomía

Entendemos por autonomía la capacidad de la persona para su autogobierno, basado en una libre y consciente elección entre las diferentes opciones que se le pueden plantear.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, pretende hacer partícipe a la persona de su proceso de curación tras recibir la información necesaria para una correcta toma de decisiones, y aleja la relación médico-enfermo de modelos paternalistas en los que la persona era tutelada por una «autoridad» superior, el profesional de la salud, que era perfectamente conocedor de su estado y de lo que mejor le convenía.

En ocasiones el profesional se plantea un conflicto ético al considerar que la mujer tiene derecho a ejercer esa autonomía, que tiene que prevalecer su voluntad sobre si se debe o no emitir el parte de lesiones o informe de maltrato o, incluso, sobre su contenido. La mujer acude al profesional de la salud exponiéndole cuál es el origen de sus lesiones físicas o de su malestar psíquico, haciéndole confidencia de la situación de violencia a la que se encuentra sometida. En otras ocasiones, a través de la anamnesis y demás métodos de detección, el profesional llega al convencimiento de que está ante una situación de maltrato silenciado por la víctima. En tales casos, el/la médico/a tiene obligación de emitir el correspondiente parte de lesiones o de comunicar sus sospechas fundadas al juez o al fiscal, pero ¿cómo actuar si la víctima en el libre ejercicio de sus capacidades sugiere al/la médico/a que no lo haga? El profesional se plantea así lo que Aretio<sup>5</sup> denomina «dilema del respeto a la voluntad de la paciente».

Al margen de las cuestiones jurídicas y deontológicas, que resultan claras y de obligado cumplimiento, cabe también plantearse la reflexión acerca de si existe una ver-

dadera autonomía para la toma de decisiones en una persona que es víctima y cuya libre elección sobre esta y otras cuestiones puede estar condicionada por el dominio que el maltratador ejerce sobre ella. El temor al agresor, las dependencias emocionales y económicas y el desconocimiento de los recursos son los factores que mayor incidencia tienen en la decisión de las víctimas de no denunciar, por lo que es necesaria una actuación extremadamente diligente de los profesionales sanitarios, que debe comprender la puesta en marcha de mecanismos de coordinación y colaboración con otros profesionales para que la víctima reciba la información de todos los recursos adecuados a su situación y el apoyo multidisciplinar que precise; además, ha de comunicar a la autoridad judicial o al fiscal los hechos violentos de los que tenga conocimiento o fundada sospecha de su comisión y debe informar a la víctima de su obligación de hacerlo y de la finalidad de esta comunicación, que es, sobre todo, garantizar su protección.

La negativa u oposición de la víctima a que se ponga en conocimiento de la autoridad la situación de violencia detectada no exime al profesional de su obligación de denuncia; siguiendo la teoría principalista de la bioética, cuando entran en colisión los principios de «no maleficencia», «beneficencia», «autonomía» y «justicia», han de primar el de «no maleficencia» y el de «justicia»<sup>6</sup>. El maltrato es maleficiente, y también lo es la inhibición en su detección y en la obligación de denuncia de los profesionales ante el maltrato detectado, pues el riesgo de sufrir daños cada vez más graves, incluso violencia letal, es una realidad comprobada empíricamente. Denunciar los hechos no solo puede ayudar a las víctimas a salir de esa situación que les está dañando, sino que es bueno y justo denunciarlos, pues únicamente desde la justicia se puede proporcionar la protección adecuada a las víctimas limitando el margen de actuación del agresor con la imposición de medidas o penas.

La posibilidad de que el procedimiento penal no prospere o de que no se acuerden medidas cautelares en protección de la víctima no puede erigirse en excusa para el incumplimiento de la obligación de denuncia recogida en la norma. Es preciso recordar que, una vez puestos los hechos en conocimiento del juez o de la Fiscalía, por el tribunal o el/la fiscal se iniciará un procedimiento penal o unas diligencias de investigación en los que la víctima podrá optar, si procediera y así lo quisiera, por acogerse a la dispensa de la obligación de declarar (art. 416 LECrim), pese a lo cual el/la juez instructor o el/la fiscal investigador/a extremarán su diligencia para investigar los hechos y proteger a las víctimas.

## La lealtad

La confianza de una paciente en su médico/a es base fundamental para obtener una mejora en la salud, tras una toma de decisiones autónoma en la que cuente con toda la información sobre su proceso. Entre ambas partes se establece una relación de lealtad recíproca, una *alianza* que se construye con la confianza que deriva de la confidencialidad.

Este deber moral del profesional puede verse afectado cuando la paciente le solicita, explícita o tácitamente, que reserve el secreto de la información que le traslada sobre su situación de maltrato o del que sospecha tras su actuación, y el/la médico/a, en cumplimiento de sus obligaciones

deontológicas y legales, emite el preceptivo parte de lesiones o informe de sospecha de maltrato. Esto puede provocar en la mujer una pérdida de confianza en el profesional, con la consiguiente fractura de esa *alianza*, por la que la mujer puede dejar de asistir a los controles de salud, privándose así de la continuidad asistencial y de las ayudas posteriores<sup>7</sup>. En estos casos los principios en conflicto serán el de beneficencia, por las consecuencias en la resolución de la situación de maltrato, y el de fidelidad o lealtad, debiendo atenderse al mandato de la norma vigente sin ningún compromiso ético debido al valor superior del principio fundamental del beneficio a obtener. Recordemos otra vez que esta violencia es procesual y repetitiva, que no se frena o desaparece con la asistencia médica prestada en la consulta del profesional; que la mujer volverá a casa con su maltratador y que el riesgo de sufrir manifestaciones cada vez más graves de violencia es indiscutible. La posibilidad de garantizar la continuidad de esa alianza terapéutica seguramente se sustenta en una labor de cercanía y de información adecuada a la víctima-paciente, y en la adecuada coordinación con otros profesionales para que esta entienda y se sienta apoyada, asistida, protegida y con confianza en las instituciones.

## La no maleficencia

Bajo el principio fundamental del *Primum non nocere*, al profesional de la salud se le plantean conflictos éticos ante el riesgo que sufre la mujer de padecer una reiteración de las conductas agresivas por parte de su pareja, de conocer esta que la víctima ha desvelado ante su médico/a la situación de maltrato, condición que puede darse con la comunicación a las autoridades. Es decir, «cuando se activa la denuncia en contra de la voluntad de la mujer, en muchas ocasiones se consigue todo lo contrario al objetivo inicial. Se logra un efecto perverso que aumenta la violencia en la mujer y la insatisfacción profesional»<sup>5</sup>. Incluso hay autores que hablan de un posible efecto iatrogénico derivado de la notificación obligatoria<sup>8</sup>.

Este planteamiento surge en profesionales que, en su interés por evitar un mayor daño a sus pacientes, no consideran suficientes los recursos y las medidas de protección que se activan desde los servicios jurídicos, policiales y sociales en el preciso instante de conocer una situación de violencia de pareja, y que en la práctica cuentan con una respuesta suficientemente rápida y ágil para salvaguardar la integridad de la víctima. Bastaría recordar que cerca del 13% de las denuncias terminan en juicio rápido con sentencia condenatoria; que el 70% de las solicitudes de orden de protección son adoptadas; que el 68% de los procedimientos enjuiciados por los Juzgados de lo Penal y Audiencias Provinciales acabaron con sentencia condenatoria, y que todas las condenas, además de las penas principales, llevan aparejada la pena de prohibición de aproximación y comunicación con las víctimas.

La obligación de remitir el parte de lesiones, recogida en el artículo 355 LECrim, ha determinado la incoación del procedimiento penal en el 7,78% de los registrados en 2022. Otra cuestión es el cumplimiento de la obligación, que también les afecta, en aquellos casos en los que el profesional tiene la sospecha fundada de la existencia de malos tratos. A este respecto, debe tenerse en cuenta que, para muchas

**Tabla 1** Puntos clave en la atención a mujeres víctimas de violencia

- La finalidad última de la intervención va más allá de la respuesta judicial y debe buscar la salida de la víctima de la situación de violencia
- Los avances en protección judicial y social permiten a víctimas y profesionales de la salud confiar en la respuesta de la Justicia ante las situaciones de violencia sobre la mujer
- La emisión del parte de lesiones o del informe médico no constituye como tal una denuncia de los hechos, y permite a la autoridad judicial o fiscal adoptar las iniciativas que procedan en orden a garantizar la protección de las víctimas
- Sin perjuicio de la obligación de comunicar en todo caso los actos de violencia de los que tengan conocimiento o sospechen de forma fundada al Ministerio Fiscal o al Juzgado, el/la profesional deberá hacer esa comunicación de forma urgente en casos de riesgo extremo de violencia
- Desde el sistema de salud deben establecerse planes de actuación para la atención integral a cada mujer víctima de violencia

mujeres víctimas, el personal sanitario puede ser el único punto de contacto con los servicios públicos que le ofrece apoyo e información. Por ello, no ser diligente en su detección, no ser proactivo, no realizar un acompañamiento de la mujer maltratada, también provoca daño, por lo que también atenta contra el principio de no maleficencia<sup>6</sup>. En estos casos, el conflicto ético puede surgir por un posible daño ocasionado por no quedar claro el diagnóstico y no poder justificarse una intervención de protección de la mujer. Un curso intermedio de acción propuesto consistiría en mantener la alerta sobre el caso, con controles periódicos de salud, reflejando detalladamente en la historia clínica las sospechas y dando traslado al Ministerio Fiscal, quien, a su recepción, incoará unas diligencias de investigación en las que, lo primero que hará, adoptando las medidas que sean precisas para evitar cualquier incremento del riesgo para la víctima, es citar a esta para oírla, informándole, en primer lugar, sobre la razón por la que conoce de esa presunta situación de maltrato y violencia y la conveniencia de que mantenga la relación con los profesionales sociosanitarios que han puesto en su conocimiento esos presuntos hechos en cumplimiento de una obligación legal; le informará, cuando proceda, de la posibilidad que tiene de no declarar contra su pareja o expareja si así lo considera, pero, también, de la conveniencia de hacerlo para que el sistema pueda adoptar las medidas de protección que sean precisas respecto de ella y de sus hijos e hijas; el/la fiscal tiene 6 meses, sin perjuicio de las prórrogas, para poder investigar los hechos, lo que le permitirá respetar los tiempos de la víctima para que esta tome sus decisiones; le informará de la posibilidad de estar acompañada por la persona de su confianza y, a través de la oficina de atención a las víctimas, de los servicios sociales del municipio y de las asociaciones implicadas en el apoyo, asistencia y recuperación de las víctimas, procurará que se le faciliten los apoyos y la asistencia que precise. Practicará aquellas diligencias de investigación que considere necesarias y, en su caso, procederá a presentar denuncia ante el juzgado y a solicitar la orden de protección, adoptando, con la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, si fuera preciso, las medidas de protección que se consideren idóneas hasta la resolución de la orden de protección.

Si el resultado de la investigación no permitiera la formulación de la denuncia, las diligencias se archivarán, sin que con su tramitación se produzca ningún incremento del riesgo. La denuncia o el archivo se notificarán a la víctima y al profesional sanitario que comunicó los hechos.

El contenido del informe médico remitido al fiscal es fundamental no solamente para abrir este procedimiento y procurar la protección de la víctima y de los menores que con ella convivan, sino también para acreditar el hecho delictivo ante los tribunales.

## Reflexiones

La adecuación de la actuación del/la profesional sanitario a la normativa legal y deontológica permite resolver los principales conflictos éticos que pueden plantearse en la atención a las mujeres víctimas, por cuanto los cursos de acción adoptados de este modo satisfacen los principios fundamentales de no maleficencia y de beneficencia al permitir el establecimiento de medidas judiciales de protección que contribuyan a poner fin a la situación de violencia.

Junto a las medidas de protección existentes, deben establecerse desde el sistema de salud planes de actuación basados en los apoyos sociales con los que cuenta la mujer, informándole de los recursos y alternativas que incluyen la posibilidad de derivación a otros profesionales y recordando que su salud debe ser siempre atendida de forma integral<sup>9</sup>, haciendo partícipe a la víctima de su proceso de restitución respetando el principio de autonomía.

Los puntos clave para una correcta intervención desde las perspectivas ética y legal pueden extraerse de la [tabla 1](#).

## Responsabilidades éticas

Los autores declaran que se han respetado las consideraciones éticas en la elaboración de este artículo, sin que haya comportado experimentación en animales, sin haber intervenido pacientes y sin incluir un ensayo clínico.

## Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación para la elaboración del presente artículo.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Centro de Publicaciones. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Madrid. 2019 [consultado 26 Sep 2023]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio\\_Tiempo\\_Denuncia4.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf)
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
3. Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. Madrid, 2022.
4. González Fernández JJ. Violencia sobre la mujer. Dilemas éticos en la práctica asistencial. Medicina General. 2009;117:209–14.
5. Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. Gac Sanit. 2007;21: 273–7.
6. Barbero Gutiérrez J. El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética. En: Ruiz-Jarabo Quemada C, Millán Susinos R, Andrés Domingo P, Nogueiras García B, editores. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2006. p. 225–39.
7. R. Bugarín-González R, Bugarín-Dizb C. Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. Semergen. 2014;40:280–5.
8. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc). 2002;118:18–37.
9. González-Fernández J, Delgado S, Martínez-Tejedor JA, Montero JM, Bañón R. Violencia sobre la mujer (y VI). Hacia un protocolo integrado en la valoración de la violencia de género. Estudio médico forense de la víctima y del agresor. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Tomo V, capítulo 255. Barcelona: Editorial Bosch; 2012. p. 1133–82.