

Los partes médicos de lesiones en los procesos por violencia de género (II)

Ana Montesinos García. Profesora contratada Ramón y Cajal de Derecho Procesal. Universidad de Valencia

Sumario: **Parte II)** 4.- La notificación al juzgado del parte de lesiones. 5.- El parte de lesiones como prueba. 6.- El polémico secreto profesional en el ámbito sanitario. 7.- Conclusión. 8.- Notas bibliográficas.

4) LA NOTIFICACIÓN AL JUZGADO DEL PARTE DE LESIONES

Existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible comisión de un hecho delictivo ante la constatación de malos tratos por parte del personal sanitario, mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones (y en su caso, informe médico).

Al respecto, conviene traer a colación, en primer lugar, el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (en adelante, LECrim) que regula la obligación de denunciar los hechos delictivos conocidos por razón del cargo, profesión u oficio; entre los que nada impide que podamos incluir los delitos de violencia de género de los que tiene conocimiento el personal sanitario que atiende a la víctima.

El mencionado precepto dispone lo siguiente: “Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al

Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente”²⁰.

Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente²¹.

Además, tal y como señala el artículo 544ter.2 LECrim –regulador de la orden de protección- sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta ley, las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de la presunta comisión de un delito o falta contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2 del Código Penal²² deberán ponerlo inmediatamente en conocimiento del juez de guardia o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la orden de protección. En un sentido muy similar, el artículo 355 del mismo cuerpo

*Estudio redactado en el marco del Proyecto de investigación: “Violencia de género y sanidad: La consulta médica, un espacio de detección”, 18-MUVIOLNO-MONTESINOS-ESCRIBANO-2015-A, financiado por el Hospital Universitario La Fe de Valencia.

legal, indica que si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquiera novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor.

No es este el único texto normativo que regula la obligación de comunicar a la autoridad judicial la comisión de un posible delito por parte de los profesionales. El Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, también contempla en su Anexo II, relativo a la Cartera de servicios comunes de atención primaria, en su apartado 6, las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer que debe adoptar el personal sanitario, recogiendo en su subapartado 6.6.3, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género. De nuevo recoge este deber en su Anexo IV, apartado 2.8, pero en esta ocasión para los servicios de atención de urgencia.

Por su parte, las diferentes Comunidades Autónomas también han previsto en sus legislaciones sobre la materia esta comunicación a las autoridades judiciales. A título de ejemplo, en la Comunidad Valenciana, la *Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el Ámbito de la Comunitat Valenciana*, regula en su artículo 42, la comunicación a la autoridad correspondiente de los casos de violencia sobre la mujer por parte de los y las profesionales de la salud²³.

En lo que respecta al *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*, se prevé una tercera fase de intervención (tras dos fases previas de detección y valoración de la violencia) por parte de cualquier profesional sanitario. De este modo, la confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no debe poner fin a la actuación del personal sanitario, sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información, de atención y trabajo en la consulta así como derivación cuando las características del caso lo requieran. Según las indicaciones que proporciona el Protocolo, el personal sanitario

actuará de modo diferente en función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que la mujer se encuentre.

Se presentan así, tres situaciones para las cuales se plantean pautas de actuación diferentes:

1) En primer lugar, se configura un plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos. En este caso, se debe registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo. Además de toda una serie de actuaciones que no entraremos ahora a señalar, si existe sospecha consistente de violencia de género y se valora la situación como de riesgo para la mujer, se recomienda comunicar dicha circunstancia al Ministerio Fiscal para su investigación.

2) En segundo lugar, se establece un plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo. En este supuesto, además del registro en su historia clínica y de otra serie de pasos a seguir, si existe una constatación clara del origen de las lesiones, se debe emitir un parte de lesiones.

3) Por último, se prevé un plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo. Entre otras, se contempla la necesidad de registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo físico o psíquico, suicidio, etc. Se prevé asimismo que se emita el parte de lesiones e informe médico, y se remita al juez con carácter inmediato (por fax o correo electrónico) entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.

5.- EL PARTE DE LESIONES COMO PRUEBA

Son diversas las dificultades probatorias con las que nos encontramos en los procesos por violencia de género. Las especiales circunstancias que suelen rodear a la víctima provocan que en gran número de ocasiones su declaración sea la única prueba de cargo en un juicio, pues las agresiones se producen normalmente en el ámbito familiar, en un ámbito de privacidad y clandestinidad, sin otros testigos

directos que los propios implicados: agresor y víctima, lo que conlleva que si la víctima no declara, quedará probablemente impune el delito²⁴.

La declaración de la víctima, como prueba de cargo, puede llegar a destruir por sí misma la presunción de inocencia del acusado, aun en el caso en que no exista más medio probatorio que su propio testimonio. A pesar de ello, nuestra jurisprudencia ha configurado una serie de pautas o criterios que orientan al juzgador a la hora de valorar su declaración. Éstas son: la persistencia en la declaración inculpativa, la ausencia de motivaciones espurias y la existencia, en la medida posible, de corroboraciones periféricas al testimonio²⁵. No vamos a entrar a valorar cada uno de estos extremos por exceder del objeto de este trabajo, simplemente queremos apuntar que, en el tercero de ellos, es decir, en la existencia de corroboraciones al testimonio, puede jugar un papel fundamental el informe o parte de lesiones que emita el médico.

Ante la ausencia de un parte de lesiones médico, el juez, en un proceso por violencia de género, puede convenir que se realice un informe médico para poder evaluar las lesiones físicas o psíquicas que se han producido a la víctima. En este sentido, dispone el artículo 456 de la LECrim, que el Juez puede acordar un informe pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario, fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos. El peritaje puede solicitarse tanto a petición de cualquiera de las partes del proceso -es decir, tanto por la víctima como por el presunto agresor- como de oficio por parte del propio Juez.

Debemos tener en cuenta que cuanto más cercano al momento de la agresión sea el examen que se practica en la víctima, más certero podrá resultar el informe que se proponga como prueba pericial en el juicio, por ello resulta conveniente que a la mujer se le asista y se le explore con la mayor inmediatez posible. Entendemos que un informe del médico que ha asistido a la víctima en los momentos posteriores a una agresión física, puede llegar a ser una prueba contundente que corrobore firmemente la versión de la víctima. Por ello, destacamos la conveniencia de que en los procesos por violencia de género, la exploración por parte del médico pueda practicarse de manera anticipada en aquellos casos en los que se entienda que si se lleva a

cabo en un momento posterior, no se podrán apreciar las lesiones que contra ella se han ejercido²⁶.

El informe pericial que emite el médico no vincula directamente al juez a la hora de dictar sentencia. El juez podrá apreciarlo según las reglas de la sana crítica. De este modo, el análisis del informe médico corresponde al órgano sentenciador que debe proyectar su juicio valorativo sobre el contenido del dictamen y someterlo a una revisión crítica conforme a la naturaleza y características del dictamen y la materia sobre la que recae. Reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo señala que no existen reglas legales preestablecidas que rijan el criterio estimativo de la prueba pericial, ya que ha de tenerse en cuenta la libertad e independencia que asiste al Tribunal con relación a la apreciación del contenido de los informes periciales²⁷.

En el caso concreto de las agresiones sexuales, tal y como señala el Protocolo Común²⁸, la toma de muestras resulta de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos y debe llevarse a cabo lo más pronto posible. De no ser realizada dicha toma por el Médico Forense, se tendrá que asegurar la cadena de custodia para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, el responsable de la toma y el del transporte de la muestra hasta el servicio médico-forense del Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico-forenses.

Resta por señalar, que los médicos que han explorado a la víctima pueden ser llamados a declarar el día del juicio. Se les puede llamar para esclarecer hechos, contestar preguntas y repreguntas que se le formulen en relación con el informe/parte que han emitido, etc., especialmente en aquellos casos en los que existe discrepancia con la pericia realizada.

6.-EL POLÉMICO SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

El secreto profesional en el ámbito sanitario es uno de los pilares fundamentales sobre los que se

asienta la relación médico-paciente debido a que los profesionales sanitarios acceden a datos personales y de salud pertenecientes a la esfera más íntima del paciente, cuya divulgación podría suponer su estigmatización o discriminación²⁹.

El secreto profesional viene recogido en nuestra Constitución (arts. 18.1, 20 y 24.2 CE³⁰) y en diferentes leyes de nuestro ordenamiento jurídico³¹. Concretamente en el ámbito sanitario, todos los códigos deontológicos médicos contemplan el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y un deber profesional³². Obligación que se extiende a todo el equipo sanitario que interviene en la atención, es decir, facultativas/os, profesionales de la medicina, personal de enfermería, etc.

Sin embargo, pueden darse situaciones en las que determinados intereses generales justifiquen la dispensa de este deber de sigilo. La protección de la intimidad puede chocar con otros derechos fundamentales por lo que no cabe otorgarle una protección absoluta. En este sentido, diferentes textos legales (y códigos deontológicos³³) prevén supuestos en los que el personal sanitario no sólo no está obligado a guardar secreto, sino que debe comunicar determinados datos del paciente, cediendo así la intimidad frente al interés público o la salud de terceros.

Por lo que respecta al proceso judicial penal y, en nuestro caso, a los procesos por violencia de género, recordamos –junto a los artículos 355 y 544tr.2 LECrim– que el artículo 262 LECrim impone al profesional la obligación de denunciar cualquier delito del que se tenga conocimiento. De esta obligación se exime a los abogados y procuradores así como a los eclesiásticos o ministros de cultos disidentes respecto de las noticias que se les hubieren revelado en el ejercicio de sus funciones, pero no a los profesionales sanitarios.

Lo mismo ocurre respecto a la obligación de concurrir ante el llamamiento judicial para declarar cuanto supieren prevista en el artículo 410 LECrim, de la que se dispensa a determinados profesionales pero no al sanitario (art. 417 LECrim)³⁴.

A pesar de la existencia de estas normas procesales penales, la doctrina no se ha mostrado uniforme respecto a los límites impuestos al secreto profesional del personal sanitario en su deber de cola-

borar con la Administración de Justicia³⁵.

Son principalmente dos posturas doctrinales las que pueden observarse.

Por un lado, algunos autores consideran que la obligación de denunciar del artículo 262 LECrim es una causa que exonera de la conservación del secreto³⁶, mientras que otros rechazan esta postura, sobre la base de que tal obligación privaría en buena parte de su eficacia a la protección de la intimidad y a la confianza de la generalidad en la salvaguarda del secreto de los profesionales³⁷.

El deber de guardar secreto plantea al médico problemas jurídicos y deontológicos de envergadura³⁸.

La falta de claridad normativa provoca que no se lleven a cabo ciertas denuncias por profesionales sanitarios bajo la errónea creencia de que se encuentran amparados por el deber de secreto.

A nuestro modo de ver, compartimos la opinión de GOMEZ TOMILLO que considera que los profesionales sanitarios no tienen el deber de denunciar indiscriminadamente todo delito del que tengan conocimiento por razón de su profesión, pues actuar de este modo podría afectar seriamente al interés general de crear un clima de confianza que facilite el que se acuda al médico cuando la salud se encuentre comprometida³⁹.

Entendemos así que la revelación puede ser necesaria en ciertos casos pero no en todos.

Sin ánimo de exhaustividad, entre otros, consideramos que resultaría conveniente establecer el deber de denuncia o revelación de datos en los siguientes casos, -la mayoría de los cuales podrían enmarcarse en situaciones de violencia de género-:

- en el supuesto en el que el profesional sanitario pueda impedir la comisión de un delito;
- en aquellos casos en los que el profesional observe que el paciente ha sido víctima de un delito y no se encuentre en condiciones de protegerse;
- cuando sea la única manera de evitar que se reitere el delito;
- cuando la falta de denuncia pueda conllevar un grave desamparo en la víctima;
- si existe un verdadero peligro o éste sea inmi-

nente, o exista riesgo de nuevos ataques, etc⁴⁰.

En el caso concreto que nos atañe, es decir, el de las víctimas de violencia de género que acuden a las consultas sanitarias, sí consideramos que existe un deber por parte de los médicos de comunicar la posible existencia de un delito de violencia de género y enviar el parte de lesiones correspondiente a las autoridades judiciales pertinentes⁴¹. Como venimos diciendo, el papel de los médicos y demás personal sanitario en este ámbito puede llegar a ser clave en la detección y abordaje de este tipo de violencia.

En todo caso, debemos tener en cuenta que cuando se emite el parte de lesiones, no debe adjuntarse la historia clínica de la mujer, sino recoger en el informe médico la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato⁴².

7.- CONCLUSIÓN

El sistema sanitario es un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia contra las mujeres⁴³. Por esta razón, los profesionales sanitarios deben ser conocedores de la misma para poder tratarla y afrontarla debidamente⁴⁴. Resulta, por tanto, fundamental la formación y sensibilización de este personal en materia de violencia de género.

Si la violencia es un problema de salud pública, la respuesta a la misma no puede limitarse a la actuación clínica individual. La asistencia a la víctima también conlleva la declaración obligatoria por medio del parte judicial para que desde las diferentes instituciones se pueda abordar el problema en sus distintas vertientes (jurídicas, asistenciales, sociales, etc.)⁴⁵. Se debe poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un delito de violencia de género para que se ponga en marcha la maquinaria de la Justicia y se puedan emprender las acciones oportunas para proteger a la víctima. En dicha tarea, resulta fundamental la emisión del parte médico de lesiones debidamente cumplimentado. Este parte, además, podrá convertirse en una prueba contundente que permita ener-

var la presunción de inocencia que hasta que se dicte la sentencia ostenta el presunto agresor.

8.- NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ, J.M y LÓPEZ RODRÍGUEZ, O., "Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios", Asociación Española de Derecho Sanitario, disponible en <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/secreto%20medico.htm>.

ARETIO ROMERO, A., "Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres", Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, vol. 21, nº. 4, 2007.

CARRIZO-GONZÁLEZ, A., "El protocolo común de asistencia sanitaria frente a la violencia de género y la necesaria formación en materia jurídica de los profesionales de la salud", *Actualidad del Derecho sanitario*, nº 162, julio-agosto 2009.

ESCRIBANO MARTÍNEZ, A., "De qué hablamos cuando hablamos de violencia sobre las mujeres?", Tribuna feminista, abril 2016, disponible en: <http://tribunafeminista.org/2016/04/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-violencia-sobre-las-mujeres/>

ESCRIBANO MARTÍNEZ, A., Violencia de género y sanidad: "La detección como factor de visibilidad", Trabajo de Fin de Master Universitario en Derecho y Violencia de Género, Universitat de Valencia, 2014, inédito.

GARCÍA SANZ, J., "El secreto profesional", Anales de la Facultad de Derecho, núm. 22, 2005.

GOMEZ RIVERO sostiene la extensión del artículo 263 LECrim (que exige del deber de denuncia a abogados, procuradores, etc.). *La responsabilidad penal del médico*, Tirant lo Blanch, 2003.

GOMEZ TOMILLO, M., "Límites al deber de secreto médico y Derecho penal", Revista General de Derecho Penal, núm. 12, 2009.

LARRAURI, ELENA, "¿Por qué las mujeres maltratadas retiran las denuncias?", *Las Mujeres y sistema penal (violencia doméstica)*, Euroeditores, Buenos Aires, 2008.

LORENTE ACOSTA, M., "Violencia y maltrato de género (I): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria", *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, vol. 20, nº 3, 2008.

LORENTE ACOSTA, M., y TOQUERO DE LA TORRE, F., *Guía de Buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, M., "La protección del

secreto médico en el Derecho español”, AP, 1996.

MONTERO PIÑAR, JUNCAL PLAZAOLA CASTAÑO, RUIZ PÉREZ, BLANCO PRIETO, GONZÁLEZ BARRANCO y AYUSO MARTÍN, “La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria”, *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, vol. 20, nº 3, 2006.

MONTÓN REDONDO, A., “La prueba, 2”, *Derecho Jurisdiccional III*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2013.

SERRANO GONZÁLEZ-MURILLO, J.L., “Alcance del deber de secreto del profesional sanitario ante la administración de justicia penal”, *Revista penal*, nº 15, 2005.

NOTAS Y REFERENCIAS AL TEXTO

20. En realidad todos los ciudadanos tenemos el deber de denunciar a la autoridad judicial los delitos públicos de cuya comisión tengamos conocimiento. En este sentido, cabe recordar el artículo 259 de la LECrim que expresamente señala que “El que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de instrucción, de paz, comarcal o municipal, o funcionario fiscal más próximo al sitio en que se hallare”.

²¹ Multa irrisoria de menos de dos euros. En concreto la LECrim indica que la multa será de 25 a 250 pesetas.

²² Cónyuge o persona que esté o haya estado ligada al autor del delito por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, los menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento

o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados (art. 173.2 CP).

²³ Se indica además, que la Generalitat fomentará acuerdos de colaboración para seguir los mismos protocolos de actuación en aquellos casos en que se atiendan a víctimas de violencia contra la mujer.

²⁴ En los procesos por delitos de violencia de género resulta extremadamente común que la víctima no mantenga una actuación procesal uniforme durante la completa tramitación de los mismos. Incluso que actúe de manera obstaculizadora, lo que ocurre cuando retira la denuncia, no comparece ante el llamamiento judicial, altera el contenido de la declaración en aras a lograr la absolución del agresor, etc. Entre las principales razones de tales conductas, destacamos: los lazos afectivos existentes entre víctima y agresor, la presión a la que se ve sometida la víctima, falta de apoyo económico, dependencia psicológica frente al agre-

sor, temor a las represalias que puede tomar hacia ella o hacia sus hijos, el perdón a su agresor, etc. Vid. LARRAURI, ELENA, “¿Por qué las mujeres maltratadas retiran las denuncias?”, *Las Mujeres y sistema penal (violencia doméstica)*, Euroeditores, Buenos Aires, 2008, pp. 95 – 132.

²⁵ Entre otras, vid. STS 1435/2002, de 10 de septiembre (RJ 2002\8396); STS 1029/1997, de 29 de diciembre (RJ 1997\9218) y STS 269/2014, de 20 de marzo (RJ 2014\1920).

²⁶ En todo caso, si la diligencia pericial practicada en el procedimiento preliminar no fuera reproducible como prueba en el acto de la vista oral, dadas sus circunstancias, podrá adquirir carácter de prueba preconstituida si habiéndose llevado a efecto con cumplimiento de todos sus requisitos y garantías no fuera impugnada o se aportara contrapuesta con tal intención, como sucede con un examen ginecológico en presuntos delitos de violación. MONTÓN REDONDO, A., “La prueba, 2”, *Derecho Jurisdiccional III*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2013, p. 329.

²⁷ SSTs de 1 de febrero (RJ 1982\368) y de 13 de julio de 1984 (RJ 1984\4673).

²⁸ Protocolo Común, p. 68.

²⁹ GARCÍA SANZ, J., “El secreto profesional”, *Anales de la Facultad de Derecho*, núm. 22, 2005, p. 187.

³⁰ El art. 18.1 CE contempla, entre los derechos fundamentales, el derecho a la intimidad personal y familiar. Se hace también referencia al secreto profesional -en relación al derecho a la información- en el art. 20 CE al expresar que “La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades” y, por último, el artículo 24.2 CE, dispone que “La Ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos”.

³¹ Entre otras, en el ámbito sanitario conviene destacar, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En el ámbito penal, el Código Penal regula el delito de revelación del secreto profesional (art. 199.2 CP). Por su parte, en materia procesal, destacamos los artículos 259, 262, 416 y 417 de la LECrim y el artículo 371 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, etc.

³² Vid. a título de ejemplo, el Código de Deontología médica del Consejo General de Colegios Oficiales de médicos de 2011 (art. 30).

³³ De nuevo, a título de ejemplo, nos referimos al artículo 30 del Código de Deontología médica del Consejo General de Colegios Oficiales de médicos, en el que tas disponer que el secreto profesional debe ser la regla, manifiesta no obstante, que el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos: h) Por imperativo legal: 1. En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado... 3. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la

aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

³⁴ Se ha criticado que parece injustificado que, a diferencia de otros profesionales, el médico se halle obligado a efectuar cuantas declaraciones le exija la Administración de Justicia en el proceso penal. GARCÍA SANZ, J., "El secreto profesional", *Anales de la Facultad de Derecho*, núm. 22, 2005, pp. 187212. En un sentido similar pero respecto del deber de denuncia, GOMEZ RIVERO sostiene la extensión del artículo 263 LECrim (que exige del deber de denuncia a abogados, procuradores, etc.). *La responsabilidad penal del médico*, Tirant lo Blanch, 2003, p. 661.

³⁵ El artículo 24.2 *in fine* de la Constitución proclama que la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos. Sin embargo, este precepto constitucional no se ha desarrollado. Resultaría sumamente conveniente una regulación pormenorizada del alcance del secreto profesional especialmente en el proceso penal, estableciendo los supuestos concretos en los que el personal sanitario está obligado a declarar ante la Administración de Justicia los hechos que ha conocido en su relación profesional con el paciente.

³⁶ MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, M., "La protección del secreto médico en el Derecho español", *AP*, 1996, p. 158.

³⁷ El paciente debe ser conocedor de hasta qué límite puede confiar en el deber de secreto del profesional. Las consecuencias de que no existan claras reglas del juego entrañan inseguridad jurídica para las partes implicadas en la prestación sanitaria. SERRANO GONZÁLEZ-MURILLO, J.L., "Alcance del deber de secreto del profesional sanitario ante la administración de justicia penal", *Revista penal*, nº 15, 2005, p. 142.

³⁸ ALVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ, J.M y LÓPEZ RODRÍGUEZ, O., "Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios", *Asociación Española de Derecho Sanitario*, disponible en <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/secreto%20medico.htm>.

³⁹ GOMEZ TOMILLO, M., "Límites al deber de secreto médico y Derecho penal", *Revista General de Derecho Penal*, núm. 12, 2009, p. 15. Señala este autor, que no cabe establecer un deber general de delación que convierta a los trabajadores sanitarios en una especie de agentes de Estado.

⁴⁰ Al respecto, GOMEZ TOMILLO, M., entiende que no debe estimarse que concurre un deber de denuncia de hechos delictivos pasados en los supuestos en los que el paciente -víctima puede autoprotegerse de forma eficaz por ser una persona madura y mayor de edad. "Límites al deber de secreto médico y Derecho penal", *cit.*, p. 15.

⁴¹ Podríamos asimismo cuestionarnos, si la cumplimentación de un parte de lesiones por violencia de género, que han de efectuar los médicos y trasladar a la autoridad judi-

cial, infringe la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal. Efectivamente, supone una cesión de datos de carácter personal, definida en el artículo 3 j) de esta Ley como "Toda revelación de datos realizada a una persona distinta del interesado". Esta cesión de datos debe, por tanto, someterse al régimen general de comunicación de datos de carácter personal de su artículo 11, que establece que la misma únicamente puede verificarse para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y cesionario y exige para que pueda tener lugar, el previo consentimiento del interesado (artículo 11.1), otorgado con carácter previo a la cesión y suficientemente informado de la finalidad a que se destinarán los datos cuya comunicación se autoriza o el tipo de actividad de aquél a quien se pretenden comunicar (artículo 11.3), y que debe recabar el cedente como responsable del fichero que contiene los datos que se pretenden ceder. Sin embargo, el artículo 11.2.a) de la misma ley exceptúa de la obligación de recabar el consentimiento para dicha cesión aquellos casos en que traigan causa de lo establecido en una norma con rango de Ley. Es decir, sólo será posible admitir la cesión de los datos sin consentimiento del interesado en aquellos supuestos en los que exista una norma con rango de Ley que habilite dicha cesión. En consecuencia, de lo dispuesto en los artículos previamente mencionados en la LECrim y en particular del artículo 262 se deduce la existencia de una habilitación legal suficiente en orden a la cesión de datos.

⁴² No olvidemos que si se inicia un procedimiento judicial, la parte denunciada puede llegar a tener acceso a toda la información remitida.

⁴³ MONTERO PIÑAR, JUNCAL PLAZAOLA CASTAÑO, RUIZ PÉREZ, BLANCO PRIETO, GONZÁLEZ BARRANCO y AYUSO MARTÍN, "La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria", *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, vol. 20, nº 3, 2006, pp. 202-208.

⁴⁴ Cualquier actuación sobre la violencia de género debe registrarse en la historia clínica de la mujer, lo que tendrá que hacerse con un sentido de continuidad en el que el profesional o la profesional sanitaria dirijan las medidas a desarrollar. LORENTE ACOSTA, M., "Violencia y maltrato de género (I): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria", *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, vol. 20, nº 3, 2008, p. 196. Como señala este autor, los urgenciólogos deben tomar conciencia de que "no hacer es hacer mal", porque supone permitir que la mujer continúe bajo los efectos de la VG con el consecuente deterioro progresivo de su salud.

⁴⁵ En un sentido similar, vid. LORENTE ACOSTA, M., y TOQUERO DE LA TORRE, F., *Guía de Buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004, p. 85. <http://tribunafeminista.org/2016/04/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-violencia-sobre-las-mujeres/>