

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

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

La violencia de género repercute seriamente en la salud de las víctimas, por lo que es elevada la probabilidad de que las mujeres víctimas de dicho maltrato acudan a los centros sanitarios. El personal sanitario ostenta así un papel crucial en la detección de este tipo de violencia. La información que pueden proporcionar puede convertirse en una fuente muy valiosa en un proceso judicial. De ahí que la remisión al Juzgado de un parte de lesiones pueda llegar a ser extremadamente importante no sólo para poner en marcha la maquinaria de la Justicia, y, fundamentalmente, para activar las medidas de protección oportunas, sino también para corroborar la declaración de la mujer o incluso como parte del acervo probatorio. El presente artículo analiza el parte de lesiones en los procesos por violencia de género, la obligación de los profesionales de comunicar a la autoridad judicial la comisión de un presunto hecho delictivo y el polémico secreto profesional en el ámbito sanitario.

---

Sumario: **Parte I)** 1.- Introducción: el papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de la violencia de género. 2.- Panorama normativo. 3.- El parte de lesiones. 4.- La notificación al juzgado del parte de lesiones. **En próximo número ADS: 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.

---

### 1) INTRODUCCIÓN: EL PAPEL DEL ÁMBITO SANITARIO EN LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La lucha contra la violencia de género debe ser abordada de forma integral y global pues son muchos los colectivos que se encuentran implicados y deben colaborar para erradicar esta lacra<sup>1</sup>. Entre otros, juristas, educadores, asis-

tentes sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y profesionales de la salud asisten a la víctima en alguna etapa de su vida. Al último de estos colectivos, es decir, al personal sanitario, vamos a dedicar este artículo<sup>2</sup>.

La violencia de género repercute seriamente en la salud de las víctimas, por lo que es elevada la probabilidad de que las mujeres víctimas de dicho maltrato acudan a los centros sanita-

---

\*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.

rios, ya sea a los servicios de atención primaria o a los servicios de urgencia<sup>3</sup>.

Según la Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer de 2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el 45% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual, o miedo, han recurrido a un servicio médico, legal o social para pedir ayuda. De éstos, el 29,2% ha acudido a su psicólogo y el 22,3% a un centro médico. En total, el 37,2% de las mujeres que han sufrido violencia física, y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o expareja han acudido a algún servicio médico o psicológico.

El personal sanitario ostenta así un papel crucial en la detección de este tipo de violencia. En muchas ocasiones son los primeros en examinar a una mujer que ha sido víctima de un maltrato, llegando incluso a convertirse en su única fuente de ayuda externa. La detección de la situación de violencia de género por parte del personal sanitario predispone la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la visualización del problema<sup>4</sup>.

La información que puede proporcionar este personal puede convertirse en una fuente muy valiosa en un proceso judicial por violencia de género<sup>5</sup>.

De ahí que la remisión al Juzgado de un parte de lesiones por parte del médico pueda llegar a ser extremadamente importante no sólo para poner en marcha la maquinaria de la Justicia y, fundamentalmente para activar las medidas de protección oportunas, sino también para avalar o corroborar la declaración de la mujer ante el juez o incluso como parte del acervo probatorio; siendo en ocasiones la única prueba existente ante el silencio que impera en un gran número de ocasiones en este tipo de procesos<sup>6</sup>.

Sin embargo, la práctica diaria de nuestros tribunales ha demostrado que el número de partes médicos que se reciben en los Juzgados no se corresponde con el número de víctimas que acuden a los servicios sanitarios. A título de ejemplo,

solo un 11,28 % de las denuncias registradas en el año 2015 (es decir, 14.575 de un total de 129.193) ha provenido de los servicios médicos, es decir, de los partes de lesiones directamente recibidos en los Juzgados<sup>7</sup>.

Muchos profesionales de la medicina se han mostrado reacios a emitir los partes de lesiones en casos de violencia de género, lo que ha dificultado notablemente el proceso legal de denuncia de las mujeres. Un amplio conjunto de factores (prejuicios, desconocimiento, inseguridad, entendimiento de que la violencia dentro de la pareja pertenece al ámbito privado, etc.) explican esta reticencia profesional. Por ello, desde la administración se está trabajando en la sensibilización del personal para realizar los informes precisos<sup>8</sup>.

En este sentido, ya en el I Informe del Observatorio estatal de violencia sobre la mujer de 5 de julio de 2007 se pusieron de manifiesto algunas dificultades para ofrecer una adecuada atención a los casos de violencia de género por parte del personal sanitario.

Entre otras, se destacó la poco frecuente formación específica recibida sobre la violencia contra las mujeres, la inseguridad y los miedos que esta falta de formación genera en profesionales que podrían tener una predisposición para abordar el tema desde un enfoque de ayuda terapéutica, las barreras en la esfera individual de tales profesionales, la escasez de tiempo con que se cuenta en atención primaria, el desconocimiento de otros recursos y la escasa coordinación entre profesionales del propio sistema sanitario y entre profesionales de diferentes ámbitos de intervención.

Por todas estas razones, se ha considerado que la capacidad actual de detección de la violencia contra las mujeres y de atención adecuada por parte de los y las profesionales del sistema sanitario es baja<sup>9</sup>.

Resulta, por tanto, fundamental la sensibilización de este colectivo a la hora de reconocer y abordar los casos de violencia de género de aquellas mujeres que acuden a sus servicios.

## 2) PANORAMA NORMATIVO

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>10</sup>, aborda la violencia de género de manera integral abarcando, además de los aspectos legales, otros de carácter preventivo, educativo, social, asistencial y de atención a la víctima<sup>11</sup>.

En este sentido, la ley recoge en su título I, las Medidas de sensibilización, prevención y detección de la Violencia de Género en el ámbito educativo (capítulo I), en el ámbito de la publicidad y de los medios de comunicación (capítulo II), y en el ámbito sanitario (capítulo III).

En lo que al ámbito sanitario atañe, su artículo 15 establece que las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.

En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género<sup>12</sup>.

Asimismo insta la ley a promover la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS (art. 32.3).

En esta línea, el 23 de abril de 2007 se presentó el primer Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género por la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del SNS del Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano<sup>13</sup>.

La finalidad última de dicho Protocolo, es ofrecer orientaciones al personal sanitario del SNS para la atención integral –física, psicológica, emocional y social– a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario. En el 2012 se presentó una nueva edición del Protocolo (en adelante, el Protocolo Común), cuyo último capítulo se refiere al parte de lesiones e informe médico que debe enviarse a los Juzgados y al que dedicamos este artículo.

El Protocolo Común es el documento básico a partir del cual las Comunidades Autónomas elaboran sus propios protocolos. Desde la edición del primer Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia en el año 2007, todos los servicios de salud de las Comunidades Autónomas han desarrollado guías de actuación y protocolos en sintonía con el mismo.

En el caso de la Comunidad Valenciana, se redactó en el 2008 el Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de género (PDA) de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana en el que se establecen una serie de pautas normalizadas que permiten orientar las actuaciones sanitarias tanto para la búsqueda activa o detección precoz de posibles supuestos de violencia de género, como la instauración de las medidas de intervención a llevar a cabo ante los casos identificados<sup>14</sup>.

En el ámbito de esta Comunidad, asimismo se han desarrollado programas de colaboración y protocolos interinstitucionales para coordinar las actuaciones de todos los sectores implicados en la atención integral a los casos de violencia de género. Ejemplo de cuanto decimos, puede observarse en el Protocolo Interinstitucional por el que se aprueba el Protocolo para la coordinación de las actuaciones en materia de violencia de

género en la Comunidad Valenciana de 21 de noviembre de 2014.

Por último, destacar que la atención a las mujeres víctimas de violencia de género se ha introducido dentro de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. De este modo, el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, se contemplan en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización<sup>15</sup>.

### 3) EL PARTE DE LESIONES

El parte de lesiones es un documento sanitario mediante el que se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer<sup>16</sup>. Estos partes, además de servir para poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible comisión de un delito de violencia de género, pueden convertirse en un medio de prueba que permita bien corroborar la declaración de la víctima, bien –ante el silencio de la misma- servir de fundamento para enervar la presunción de inocencia del presunto autor del delito en los procesos por violencia de género.

De ahí la extrema relevancia que conlleva que se redacten correctamente y recojan exhaustivamente el estado psíquico y físico en el que se encontraba la mujer cuando fue explorada por el médico. A ambas funciones del parte vamos a dedicar los epígrafes siguientes.

Partiendo de las pautas que se indican en el Protocolo Común, las diferentes Comunidades Autónomas han ido configurando modelos normalizados de partes de lesiones específicos para los casos de violencia de género y violencia doméstica para enviar a los Juzgados. En la Comunidad Valenciana se ha elaborado un modelo de parte de lesiones unificado específico para los casos de presunta violencia de género o

doméstica denominado “Informe médico por presunta violencia de género/doméstica a personas adultas” (IMPV)<sup>17</sup>. Si bien podría resultar suficiente que cualquier profesional sanitario redactara el parte de lesiones en un simple documento en el que se limitara a describir la exploración realizada a la mujer y el diagnóstico alcanzado y en el que constara su número de colegiado, resulta conveniente que se emplee el modelo normalizado a tal efecto, de modo que se garantice que se reúne la información necesaria y pertinente para facilitar las actuaciones judiciales que se van a poner en marcha<sup>18</sup>.

Este documento es muy similar en las diferentes Comunidades Autónomas pues, como hemos mencionado previamente, todos ellos se basan en el modelo elaborado por el Consejo Interterritorial del SNS.

El modelo de parte de lesiones se encuentra disponible en todos los centros sanitarios. Una vez se ha confeccionado el mismo<sup>19</sup>, debe entregarse un ejemplar a la mujer siempre que no comprometa su seguridad. En tal caso, se le puede indicar que si teme llevar la copia consigo, se puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza. Concretamente en el Protocolo de la Comunidad Valenciana se dispone que el informe médico conste de un ejemplar original y de tres copias.

El original se remitirá en un sobre cerrado al Juzgado de Violencia sobre la mujer, y subsidiariamente al de Guardia. Las tres copias serán para la Administración, la interesada y el centro que realiza la asistencia, respectivamente. La copia destinada a la Administración, se remitirá también en un sobre cerrado a la Dirección General de Salud Pública.

El parte debe enviarse al Juzgado por correo. En los casos en que exista urgencia en la notificación se realizará vía fax o en formato electrónico. Algunas Comunidades Autónomas tienen informatizado su envío pero otras no. Asimismo, en algunos municipios que disponen de protocolos de coordinación interinstitucional, es la policía

local la que se encarga del traslado del parte de lesiones, así como del acompañamiento de las mujeres en caso de que formulen denuncia.

Siguiendo las pautas contenidas en el Protocolo Común, el parte médico debe detallar y contener una serie de información de manera necesaria.

No vamos a entrar a detallar exhaustivamente todos los datos que deben constar en el parte por exceder del objeto de este trabajo, sino que vamos a limitarnos a exponer los grandes apartados que deben figurar en el mismo. Éstos son:

- Datos del supuesto agresor (debe constar la relación de parentesco/vínculo con la mujer)
- Datos de la mujer
- Otros datos relativos a la mujer (si tiene hijos o personas dependientes a su cargo, si tiene alguna discapacidad, etc.)
- Datos del personal facultativo responsable de la asistencia (Centro sanitario, datos del profesional que lo emite, etc.)
- Lesiones presumiblemente producidas en la agresión y tipo (tipo de violencia ejercida, estado psíquico y emocional, lesiones físicas que presenta, etc.)
- Otros datos clínicos (pruebas complementarias realizadas, pronóstico clínico) -Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia (descripción, si es posible, de cómo han ocurrido los hechos)
  - Antecedentes (acude sola o acompañada, agresión puntual, primera vez o reiteración de malos tratos, si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, etc.)
  - Plan de actuación (en su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario y el seguimiento requerido).
  - Otros datos (relacionados con situaciones no recogidas en los apartados anteriores, como podría ser la actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia o aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer)
  - Observaciones

Antes de finalizar, debemos dejar claro que la historia clínica de la mujer no debe ser adjuntada

con el parte de lesiones en el momento de su remisión al Juzgado. Ello no impide que el Juzgado en un momento posterior pueda proceder a solicitar tal información, en el caso de ser necesaria para el buen fin de la investigación o del desarrollo del proceso. En tal supuesto, el o la profesional pueden hacer notar al juzgado que hay información que trasciende lo necesario y solicitarle que le explicita qué parte o aspectos de la Historia Clínica le interesa conocer.

#### 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<sup>20</sup>. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente<sup>21</sup>.

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 Penal<sup>22</sup> 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 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.

## Notas y referencias al texto

1. 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, p. 501. Este autor insiste en la necesaria formación que los médicos deben recibir y que les proporcionará fórmulas de acogida y de escucha, racionalizando la prestación de servicios sanitarios y derivando hacia los profesionales adecuados a las mujeres que presente síntomas de ser víctimas.

2. La actuación sanitaria en la violencia de género implica a todo el personal sanitario, es decir, facultativas/os, profesionales de la medicina, personal de enfermería, matronas/os, etc., tanto de los servicios de Atención Primaria y Especializada, como de los servicios de Urgencias y los de Salud mental.

3. El conocimiento y la sensibilización en violencia de género de las y los profesionales de la salud es fundamental. En Atención primaria y servicios de urgencia, en la mayoría de las ocasiones son las únicas personas que tienen contacto con las víctimas y es el único momento en el que ellas pueden expresar lo que están viviendo. 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, p. 52.

4. En esta línea, 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/> y Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género por la Comisión contra la violencia de género de 2012 (p. 36).

5. La OMS en su Informe “Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario” de 2 de junio de 1998 señaló que existen tres razones que explican por qué la violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para los trabajadores de salud: a) la violencia produce considerable padecimiento y consecuencias negativas para la salud a una proporción significativa de la población femenina (más de 20% en la mayoría de los países); b) tiene un impacto negativo directo sobre varios temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH; c) para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información.

6. Resulta llamativo que del elevado número de trabajos científicos que se han realizado sobre la violencia de

género desde diversas disciplinas (jurídica, psicológica, etc.), son muy pocos los estudios que analizan los partes médicos.

7. “La violencia sobre la mujer en la estadística judicial: datos anuales de 2015”, Consejo General del Poder Judicial. Sección de Estadística Judicial, 2015, p. 1, disponible en:

<http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/La-violencia-sobre-la-mujer-en-la-estadistica-judicial—Datos-anuales-de-2015>

8. En este sentido, vid. 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, p. 274.

9. Disponible en :

[http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesEjecutivos/docs/Informe\\_Ejecutivo\\_anexolibro1\\_castellano.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesEjecutivos/docs/Informe_Ejecutivo_anexolibro1_castellano.pdf)

10. BOE núm. 313, de 29/12/2004.

11. Tal y como se ha señalado en el Informe ejecutivo del Ministerio de igualdad sobre la evaluación de la aplicación de la Ley Orgánica 1/2004, esta Ley ha venido a destacar la trascendencia del papel de la Sanidad en el abordaje integral de la violencia de género, y lo ha querido hacer destacando su responsabilidad en la detección y prevención de la violencia, sin que ello signifique que la función asistencial y terapéutica queden en un segundo plano. La aproximación a un problema sanitario tan extendido y tan profundo hace que las cuestiones clínicas resulten claves, de ahí la importancia de la visión global para poder integrar las cuestiones preventivas con las asistenciales, tanto sobre la referencia individual como sobre la social, al entender que se trata de un problema de salud pública.

12. Dice asimismo este precepto en sus apartados 3 y 4 que *Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.* 4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de *prevención e intervención integral en violencia de género.*

A nivel autonómico, en la Comunidad Valenciana, la Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer, prevé que se impulse la formación continua y especializada en violencia sobre la mujer del personal sanitario con el fin de mejorar la prevención e impulsar el diagnóstico precoz de estos casos de violencia (art. 37).

13. Ya en 1999 el Consejo Interterritorial de Salud elaboró el Protocolo de actuación sanitaria ante malos tratos domésticos.

14. El artículo 43 de la Ley 7/2012 Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el Ámbito de la Comunitat Valenciana, indica que:

1. *La Generalitat articulará medidas específicas para la prevención, detección precoz y atención en caso de violencia sobre la mujer, incluyendo aquellas medidas para el posterior seguimiento y evaluación de sus consecuencias en la salud de las víctimas. Para ello, se seguirá en todos los centros sanitarios el protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA), de la Conselleria competente en materia de sanidad, así como otros programas o protocolos de actuación que sean necesarios para el cumplimiento de esta ley.*

2. *Dichos protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la administración de justicia en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos.*

3. *Estas disposiciones afectarán a todos los centros sanitarios autorizados de la Comunitat Valenciana.*

15 BOE núm. 222, de 16/09/2006.

16 Protocolo Común, p. 61.

17 Este parte médico y la circular que lo regula (Circular 4/2007 de la Conselleria de Sanitat) se encuentran en el anexo II del Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA) de la Generalitat Valenciana de 2009.

18. Los médicos deben ajustarse a la verdad en sus informes o partes de lesiones. Si no lo hicieren, es decir, si faltaren a la verdad de manera intencionada, podrá exigírseles responsabilidad por delito de falso testimonio en los términos del artículo 459 CP.

19. En la Comunidad Valenciana el informe médico debe ser cumplimentado por medio de la aplicación SIVIO, Sistema de Información para la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica en personas adultas, herramienta basada en el PDA que guía al personal sanitario en la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica en el ámbito de la Generalitat Valenciana.

20. En realidad todos los ciudadanos tenemos el deber de denunciar a la autoridad judicial lo 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”.