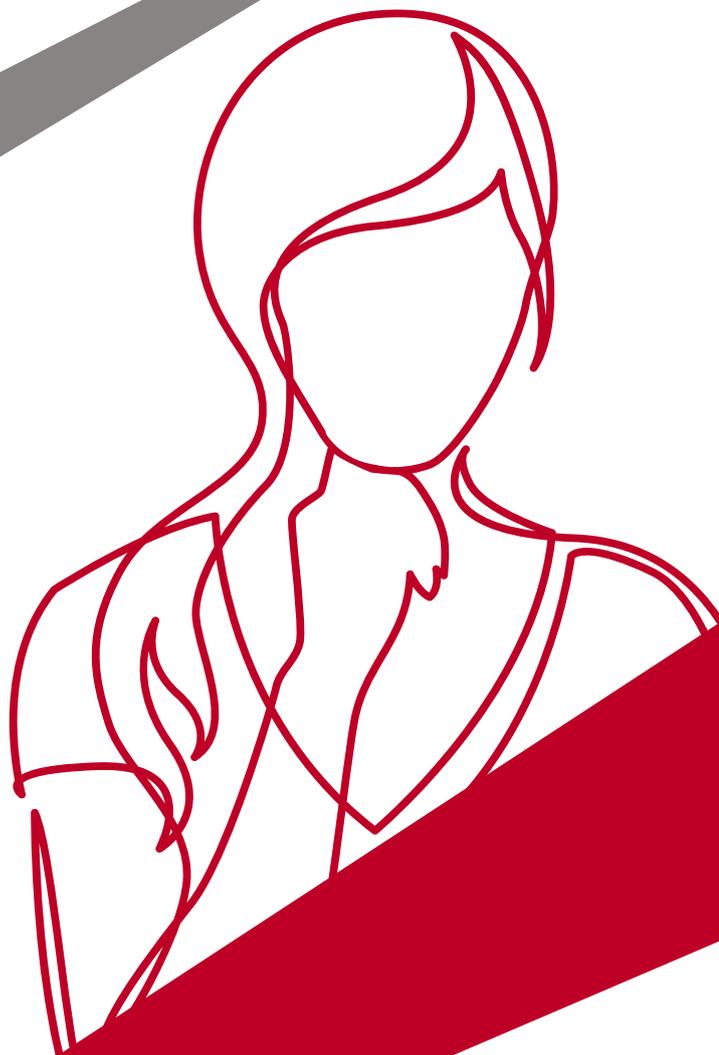


# **CÓDIGO VISEM**

**PROTOCOLO DE ASISTENCIA  
SANITARIA URGENTE Y COORDINADA  
A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL  
EN LA COMUNIDAD DE MADRID**



**Comunidad  
de Madrid**

La implantación del presente protocolo deja sin efecto los anteriores y los modelos de actuación para la asistencia sanitaria urgente a mujeres víctimas de violencia sexual que han estado vigentes en el municipio de Madrid y resto de municipios de nuestra Comunidad. Durante el periodo de transición se seguirá actuando del mismo modo hasta su plena implantación.

Las modificaciones de este protocolo interinstitucional que puedan llevarse a cabo en el futuro, deberán producirse con el consenso de todas las partes implicadas (a excepción de las actualizaciones de carácter técnico que no afecten a sus principios rectores).

**Cita recomendada:**

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid (Código VISEM)*. Madrid; 2022.





Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://comunidad.madrid/publicamadrid)



La edición electrónica de este documento ha sido financiada con cargo a los Fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género

[www.comunidad.madrid/publicamadrid](http://www.comunidad.madrid/publicamadrid)

Maquetación digital: Organismo Autónomo Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid

Edición actualizada por la Comisión de Seguimiento de la implantación del Protocolo Código VISEM, integrada por representantes de la Dirección General de Salud Pública, Gerencia Asistencial de Hospitales y SUMMA 112 (Consejería de Sanidad), SAMUR-PC (Ayuntamiento de Madrid) y por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la CM (Consejería de Presidencia, Justicia e Interior).

Edición: octubre de 2022

Publicación en línea en formato PDF

**Publicado en España**-Published in Spain

## COORDINACIÓN

(por orden alfabético):

**ABAD REVILLA, Ángel**

**DIEZMA CRIADO, Juan Carlos**

**LASHERAS LOZANO, M<sup>a</sup> Luisa**

**OJEDA FEO, José Jonay**

**PIRES ALCAIDE, Marisa**

## GRUPO DE TRABAJO

(por orden alfabético):

---

### ■ **ABAD REVILLA, Ángel**

Jefe de Área de Información al Paciente. D.G. de Humanización. Consejería de Sanidad.  
Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

### ■ **ALBARRÁN HERRERA, Cristina**

Facultativo del Servicio de Biología del Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

---

### ■ **AMENGUAL PLIEGO, Miguel**

Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario La Paz. Consejería de Sanidad.

---

### ■ **CRUZ CORONADO, Sonia**

Coordinadora del CIMASCAM (Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual de la Comunidad de Madrid). Consejería de Políticas Sociales y Familia. Fundación Aspacia.

---

### ■ **DIEZMA CRIADO, Juan Carlos**

Servicio de Promoción de la Salud. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

---

### ■ **DONAT LAPORTA, Emilio R.**

Director de la Clínica Médico Forense de la Comunidad de Madrid. Consejería de Justicia.

---

### ■ **ELVIRA RODRÍGUEZ, Beatriz**

Coordinación de las Unidades de Trabajo Social. D.G. Coordinación de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad.

Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

### ■ **FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, María Amparo**

Facultativa del Servicio de Biología del Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

---

### ■ **FERNÁNDEZ DE SIMÓN LORO, Lourdes**

Jefa del Servicio de Biología del Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

---

### ■ **GARCÍA-CASARRUBIOS MARCOS DE LEÓN, Manuela**

Jefa Unidad de Atención a Otras Violencias. D. G. de Prevención y Atención frente a la Violencia de Género. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Ayuntamiento de Madrid.

---

### ■ **GARCÍA-HOZ JIMÉNEZ, Arancha**

Subdirectora General de Asistencia a las Víctimas de VG. D.G. de la Mujer. Consejería de Políticas Sociales y Familia.  
Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

### ■ **GIL LUCIANO, Ana**

Técnica de Apoyo de la Sub. Gral. de Información y Atención al Paciente. D.G. de Humanización. Consejería de Sanidad.

---

### ■ **GIL PORTOLÉS, Virginia**

Directora de la Fundación Aspacia.

---

■ **GONZÁLEZ CAMACHO, Vicente Manuel**

Subdirector General de Prevención y Atención frente a la Violencia de Género. Ayuntamiento de Madrid.

---

■ **JEREZ GARCÍA, Concepción**

Magistrada del Juzgado de Instrucción nº 26 de Madrid. Delegada de los Juzgados de Instrucción.

---

■ **JIMÉNEZ DÍAZ, Gregorio**

Unidad de Geriátría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Consejería de Sanidad. Presidente de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia.

---

■ **LASHERAS LOZANO, María Luisa**

Servicio de Promoción de la Salud. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

■ **LÓPEZ PALACIOS, Sonia**

Directora Asistencial Enfermera. D.A. Centro. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

■ **MARTÍN ACERO, María Teresa**

Subdirectora de Enfermería. Presidenta de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia. Hospital Clínico de San Carlos. Consejería de Sanidad. Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

■ **MARTÍNEZ VIRTO, Ana María**

Coordinadora de Calidad y Urgencias Generales del Hospital Universitario La Paz y Presidenta de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia. Consejería de Sanidad.

---

■ **MENDOZA SÁNCHEZ, Carmen**

Jefa de Guardia del SUMMA 112. Coordinadora de la Comisión de Medicina Legal y Toxicología del SUMMA 112. Consejería de Sanidad. Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

---

■ **OJEDA FEO, José Jonay**

Coordinador de Calidad Hospital Universitario La Paz. Consejería de Sanidad.

---

■ **OLIVERA CAÑADAS, Guadalupe**

Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Clínico San Carlos. Consejería de Sanidad.

---

■ **PERELA MORETA, María José**

Técnica de la Sub. Gral. de Humanización de la Asistencia, Bioética, Información y Atención al Paciente. D.G. de Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad.

Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

■ **PÉREZ RODRÍGUEZ, Luis**

Jefe de área de actuación contra la violencia de género. D.G. de Igualdad. Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad.

---

■ **PIRES ALCAIDE, Marisa**

Servicio de Promoción de la Salud. D.G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Secretaria de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

---

■ **SÁNCHEZ GAMONAL, Sara Belén**

Abogada de CIMASCAM (Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual de la Comunidad de Madrid). Consejería de Políticas Sociales y Familia.

---

■ **SUÁREZ BUSTAMANTE, Rosa María**

Jefa de División de Guardia SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

---

■ **TABOADA CASTRO, Manuel**

Médico asistencial del SUMMA-112. Miembro del Grupo de Medicina Legal y Toxicología del SUMMA-112. Consejería de Sanidad.

---

■ **TRIGUEROS OLMEDO, Yolanda**

Psicóloga de CIMASCAM (Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual de la Comunidad de Madrid). Fundación Aspacia.

---

---

**NUESTRO AGRADECIMIENTO A LAS SIGUIENTES PERSONAS POR SUS APORTACIONES  
A ESTE PROTOCOLO:**

Eva Corrales Melero; Mónica Fernández Pérez; Juan José Fernández Serrano; Julio César Martín Puerta;  
Irene Niño Gonzalo; Víctor Pedro Pérez Nicolás; María Beatriz Román Mel; José Sierra Hernández; Pedro  
Sogo Sánchez.

# Índice

I.	Introducción .....	9
II.	Violencia sexual ejercida hacia las mujeres: definiciones, magnitud y efectos sobre su salud .....	9

## **PROTOCOLO DE ASISTENCIA SANITARIA COORDINADA A MUJERES QUE HAN SUFRIDO AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE**

III.	Principios rectores y directrices sanitarias .....	15
IV.	Objetivos del protocolo .....	16
V.	Población diana .....	16
VI.	Código de violencia sexual contra la mujer (código VISEM) .....	17
VII.	Valoración sanitaria del Riesgo Vital por nuevas agresiones y medidas a adoptar .....	18
VIII.	Aspectos psicológicos y emocionales a tener en cuenta en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual .....	19

## **ACTIVACIÓN CÓDIGO VISEM: PAUTAS DE INTERVENCIÓN**

IX.	Intervención del centro de emergencias 112 (CE-112) y 061 .....	23
X.	Intervención sanitaria urgente prehospitalaria .....	24
XI.	Intervención asistencial urgente hospitalaria y medicolegal .....	26
XII.	Toma de muestras y analíticas. Cadena de custodia .....	35
XIII.	Continuidad asistencial .....	40
XIV.	Medidas a adoptar ante una situación de riesgo vital por nuevas agresiones, una vez finalizada la asistencia en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) .....	41
XV.	Diagramas de flujo del algoritmo de activación del código VISEM y de atención sanitaria a mujeres $\geq 16$ años .....	42

## **OTRAS CUESTIONES A CONSIDERAR**

XVI.	Documentación a rellenar .....	49
XVII.	Aspectos éticos asistenciales .....	51
XVIII.	Organismos intervinientes y sus funciones .....	51
XIX.	Marco legal y normativo .....	54

## **ANEXOS**

ANEXO 1.	Tipologías de violencia sexual y definiciones .....	57
ANEXO 2.	Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual (IASU) .....	60

ANEXO 3.	Estándares mínimos para los servicios de urgencias hospitalarios que atienden a la violencia sexual (VS) .....	62
ANEXO 4.	Mayoría de edad sanitaria .....	63
ANEXO 5.	Listado de material imprescindible para practicar el reconocimiento medicoforense y obtención de muestras biológicas en las agresiones sexuales .	64
ANEXO 6.	Formulario/acta de toma de muestras biológicas a víctima con consentimiento informado en investigación criminal .....	65
ANEXO 7.	Relación de toma de muestras: tipo, número y tipo de análisis .....	67
ANEXO 8.	Investigación de sangre, semen, saliva y otros restos celulares. Identificación genética (muestras exclusivamente por petición forense) .....	69
ANEXO 9.	Conservación de muestras hasta su envío a laboratorio (periodos cortos de tiempo) .....	71
ANEXO 10.	Investigación de infecciones de transmisión sexual. Muestras clínicas que analizar en el hospital .....	72
ANEXO 11.	Analíticas e investigación de sustancias psicoactivas en casos de sospecha de delitos facilitados por sustancias .....	74
ANEXO 12.	Formulario de recogida de datos y muestras en casos de agresión sexual contra la mujer .....	75
ANEXO 13.	Informe médico de malos tratos/agresión .....	78
ANEXO 14.	Hoja informativa sobre cómo es la atención sanitaria en el servicio de urgencias hospitalario para mujeres que han sufrido agresión sexual .....	81
ANEXO 15.	Relación de hospitales de la Comunidad de Madrid competentes para la asistencia urgente a mujeres víctimas de agresión sexual .....	83
ANEXO 16.	Listado de teléfonos, sitios web y centros para recibir información y atención frente a la violencia sexual .....	84
	<b>ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS</b> .....	86
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	87

## I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por **violencia sexual (VS)** «*Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo*». La coacción puede abarcar el uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión o amenazas (por ejemplo, daño físico o no obtener un trabajo o una calificación, etc.), así como el chantaje emocional o la manipulación.

**La violencia sexual ejercida contra las mujeres**, con independencia de si son o no sus parejas o ex parejas, **constituye una forma de violencia de género**<sup>1</sup> y como tal, un grave problema de salud pública y una violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, considerados por la OMS como derechos humanos (OMS, 2017).

El presente texto nace del esfuerzo aunado por distintas instituciones que intervienen en la lucha contra la violencia sexual en el ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid, ante la voluntad de llegar a una actuación coordinada y protocolizada, en concordancia con las recomendaciones del Consejo de Europa y del marco legal vigente.

## II. VIOLENCIA SEXUAL EJERCIDA HACIA LAS MUJERES: DEFINICIONES, MAGNITUD Y EFECTOS SOBRE SU SALUD

Este protocolo se centra exclusivamente en la **atención sanitaria urgente a las agresiones sexuales hacia las mujeres**, quedando fuera otras formas de violencia sexual<sup>2</sup>. En la tabla 1 se muestran las dos tipologías fundamentales de violencia sexual, según nuestro código penal.

### II.1. Magnitud del problema

A la hora de aproximarnos a los datos epidemiológicos de las agresiones sexuales hacia las mujeres, nos encontramos con diversas dificultades como son el uso de diferentes definiciones de caso en los estudios realizados, la baja notificación en forma de denuncia por parte de las mujeres, deficiencias en los registros sanitarios o la falta de investigaciones actualizadas en nuestro contexto, por lo que los datos que a continuación se ofrecen es muy probable que no representen fidedignamente la realidad del problema.

<sup>1</sup> Según se reconoce en el preámbulo de la *Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid*.

<sup>2</sup> En el **anexo 1** se clarifican las **distintas tipologías de violencia sexual y sus correspondientes definiciones**.



Tabla 1.  
**Definiciones de los dos principales tipos de violencia sexual, según el código penal**

TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL	DEFINICIONES
AGRESIÓN	Actos de naturaleza sexual que se llevan a cabo <b>sin consentimiento</b> de la víctima, <b>mediando violencia, intimidación o abuso.</b>
ACOSO	Solicitud de favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, <b>continuada o habitual</b> , que provoque a la mujer una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

### Una panorámica europea

Según datos de la **encuesta europea de violencia de género publicada en 2014**<sup>3</sup>, se estima que:

- De todas las encuestadas con pareja (actual o anterior), el 22 % han experimentado violencia física y/o sexual por parte de la misma desde los 15 años.
- 3,7 millones de mujeres en la Unión Europea (UE) fueron víctimas de violencia sexual durante los 12 meses previos a la entrevista de la encuesta, lo que representa el 2 % de las mujeres de entre 18 y 74 años de edad en la UE.
- El 6 % de las mujeres han aceptado actos sexuales porque temían lo que pudiera pasarles si se negaban.
- Una de cada 20 mujeres (5 %) ha sido violada a partir de los 15 años de edad.

### Datos de nuestro país<sup>4</sup>

Los datos de esta encuesta **para España** muestran que desde los 16 años de edad:

- El 4 % de las mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual a manos de su actual pareja;
- El 18 % lo ha sufrido a manos de una pareja anterior, y
- El 16 % ha sufrido violencia física y/o sexual a manos de alguien que no era su pareja o su ex-pareja.

<sup>3</sup> FRA gender-based violence against women survey dataset, 2012. Los resultados de la encuesta de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la UE (FRA) sobre la violencia contra las mujeres se basan en entrevistas personales realizadas a 42.000 mujeres en los 28 estados miembros de la UE, con una media de 1.500 entrevistas por país. La selección de las encuestadas se hizo por muestreo aleatorio. Los resultados son representativos de las experiencias y las opiniones de mujeres con edades entre los 18 y los 74 años residentes en la UE.

<sup>4</sup> Los datos que se muestran tanto para España como para la Comunidad de Madrid son anteriores a la reforma de los artículos del Código Penal que se refieren a los delitos contra la libertad sexual, por la entrada en vigor de la *Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual*, por lo que los abusos sexuales no están englobados dentro de las agresiones sexuales.



Según la **macroencuesta sobre violencia de género realizada en 2019**<sup>5</sup>, en mujeres con 16 o más años, residentes en España:

- El 13,7 % ha sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, por parte de cualquier persona (pareja actual, parejas pasadas o personas con las que no se ha mantenido una relación de pareja) y un 1,8 % en los últimos doce meses.
- Asimismo, fueron violadas, en algún momento de su vida, el 7,5 % por su pareja o expareja y el 2,2 % por otros hombres sin esa vinculación.
- El 32,1 % de las mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual por su pareja o expareja interpusieron denuncia y solo el 11,1 % lo hizo cuando sufrió violencia sexual por hombres sin relación de pareja.

El **Ministerio del Interior**, en un informe sobre violencia contra la mujer entre 2015 y 2019<sup>6</sup>, revela que, en 2019, en nuestro país, se registraron 11.525 victimizaciones de mujeres por violencia sexual, un **72,2 % más con respecto a 2015**, siendo las menores de edad las más afectadas (un 39,4 %), especialmente por abusos sexuales. El siguiente grupo etario más afectado son las mujeres entre 18 y 30 años (un 33 %), sufriendo fundamentalmente agresiones sexuales.

#### Datos de la Comunidad de Madrid (CM)

En la **encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres** realizada en la CM en 2020<sup>7</sup> (mujeres entre 18 y 74 años residentes en la CM):

- La prevalencia de violencia sexual hacia ellas fue del 1,9 %;
- Los comportamientos más frecuentes en casos de violencia físico-sexual fueron: empujar, agarrar o tirar a la pareja en un 51,9 %, tirarle algún objeto, en un 34,1 % e imposición de actos sexuales que las mujeres rechazaban, en un 39,5 % de los casos. Estos comportamientos se inician desde el principio de las relaciones o de la convivencia, se continúan en el tiempo y duran más de un año.

De acuerdo con la **memoria de 2021 de la Fiscalía de la Comunidad de Madrid**, durante el año 2020, el número de incoaciones por delitos contra la libertad sexual fue de 2.293, con la siguiente distribución: 571 fueron por agresiones sexuales, 1.256 por abusos sexuales, 63 por violaciones, 78 por acoso sexual y el resto se debieron a otras modalidades de violencia sexual.

En la ya mencionada macroencuesta sobre violencia de género realizada en 2019, en la CM, el 13,8 % (11,37 % - 16,3 %) de las mujeres con 16 o más años ha sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida, por parte de su pareja o expareja y un 8,9 % (6,91 % - 10,92 %) lo ha sufrido por otros hombres sin esa vinculación.

El 5,8 % de las chicas escolarizadas en 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) afirmaron haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja o expareja durante 2019 al respon-

<sup>5</sup> Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). Ministerio de Igualdad, 2020.

<sup>6</sup> Gabinete de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad. Informe sobre violencia contra la mujer. España. 2015-2019. Ministerio del Interior.

<sup>7</sup> Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estudio Descriptivo de Prevalencia. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 5. Volumen 26. Septiembre-octubre 2021.



der la **encuesta de hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid de 2019**<sup>8</sup>.

**Datos del Ministerio del Interior**<sup>9</sup> revelan que **durante el primer semestre de 2022** se registraron en nuestra región 1.313 delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, frente a los 1.118 correspondientes al mismo periodo de 2021, un 18,34 % más.

Durante el año **2021**, en el **Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual (CIMASCAM)** se atendió a 920 mujeres. La demanda de las que asistieron al centro por primera vez durante ese año fue, en un 61% de los casos, por violencia sexual sufrida durante la infancia/adolescencia y en un 39%, sufrida en edad adulta. En el 96.7% de los casos el agresor fue un familiar o persona conocida y solo en el 3,3% fueron agresores desconocidos. Este centro ha atendido, desde su apertura en 2009 hasta finales del año 2021, a 2.732 mujeres víctimas de violencia sexual.

**Sumisión Química**

Se estima que en la cuarta parte de los delitos sexuales se detectan sustancias que disminuyen la conciencia y capacidad de consentir ante cualquier acto o propuesta de carácter sexual.

**II.2. Consecuencias para la salud de las mujeres**

La violencia sexual hacia las mujeres supone un **daño integral a su salud** con consecuencias a corto, medio y largo plazo tanto en la esfera física como en la psíquica y social, con un amplio corolario de síntomas y cuadros clínicos, tal como se muestra en las tablas 2 y 3.

Tabla 2.  
**Cuadro clínico que puede presentarse en la urgencia hospitalaria en mujeres que han sufrido violencia sexual**

ÁREAS DE LA SALUD	CUADRO CLÍNICO A CORTO PLAZO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES
SEXUAL	Sangrado vaginal, irritación de la zona genital.
FÍSICA	Lesiones corporales, tanto en zona genital como en otras partes del cuerpo, leves (magulladuras, cortes, moratones), graves (fracturas óseas, traumatismo craneoencefálico, grandes quemaduras, etc.). Náuseas.
PSICOLÓGICA	Emociones intensas de culpa, vergüenza, asco, miedo, terror, pánico, indefensión, impotencia, inseguridad, vulnerabilidad, tristeza, desesperanza, rabia o ira. Crisis de ansiedad, estrés y síntomas depresivos. Estado de alerta o hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, estado de shock, bloqueo, dificultad para tomar decisiones, incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático y síntomas disociativos: paralización y/o distancia emocional significativa ante la violencia sufrida.

<sup>8</sup> Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2019. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2019. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, n.º 1. Volumen 26. Enero-febrero 2021.

<sup>9</sup> Sistema Estadístico de Criminalidad. Ministerio del Interior. Gobierno de España.



Tabla 3.  
**Consecuencias a medio y largo plazo en la salud de las mujeres que han sufrido violencia sexual**

ÁREAS DE LA SALUD	CUADRO CLÍNICO A MEDIO/LARGO PLAZO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES
<b>PSICOLÓGICA</b>	Disminución significativa de la autoestima y de la confianza en sí misma. Emociones persistentes de culpa, vergüenza, asco, miedo, rabia e impotencia, tristeza y desesperanza. Ansiedad, estrés, síntomas depresivos y fobias. Trastorno de estrés postraumático, trastornos de la alimentación, dificultades para dormir, disminución de la concentración, pérdida de memoria, irritabilidad, estado de alerta constante, abuso de sustancias (alcohol, drogas o medicamentos), autolesiones, ideas de suicidio e ideación autolítica. Aislamiento social, desconfianza en los demás y desconexión social. Evitación de estímulos relacionados con la violencia sufrida y dificultad para narrar determinados aspectos de lo ocurrido. Síntomas disociativos: significativa distancia emocional tras la violencia sufrida.
<b>SEXUAL</b>	Cambios en el deseo sexual (hiperse Xuación, pérdida o disminución del deseo), anorgasmia, menstruaciones irregulares, dolorosas, síndrome premenstrual, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones y hemorragias vaginales y urinarias de repetición, cáncer de cérvix, embarazos no deseados, carencia de autonomía sexual.
<b>REPRODUCTIVA</b>	Anemia, abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, depresión postparto, lesiones fetales y mayor mortalidad perinatal, inicio tardío de la atención prenatal.
<b>FÍSICA</b>	Dolores de cabeza, espalda, de articulaciones, musculares, de abdomen, cansancio acusado, problemas gastrointestinales, pérdida de apetito, hipertensión, úlceras, dolores crónicos, discapacidades o incluso la muerte por asesinato o suicidio.
<b>SOCIAL</b>	Estigmatización, rechazo y aislamiento social, pérdida del trabajo y de oportunidades laborales.



PROTOCOLO DE ASISTENCIA  
SANITARIA COORDINADA  
A MUJERES QUE HAN SUFRIDO  
AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE

Atendiendo a todo lo expuesto, es imprescindible garantizar a estas mujeres una atención sanitaria integral, acorde con la naturaleza y consecuencias del problema descrito, objeto del presente protocolo.

## III. PRINCIPIOS RECTORES Y DIRECTRICES SANITARIAS

### III.1. Principios Rectores

Este protocolo se asienta en los siguientes **principios rectores**:

- **Enfoque de Derechos Humanos**, reconociéndose explícitamente a la salud sexual y salud reproductiva como derechos universales protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma.
- **Enfoque de género**, dado que reconoce que la violencia sexual es una forma de violencia de género que vulnera los derechos humanos de las mujeres.
- **Enfoque interseccional**, como forma de prevenir la discriminación en la atención sanitaria a las mujeres víctimas de VS por la confluencia de diversas identidades (biológicas, culturales y sociales).
- **Colaboración multisectorial**, asentada en acuerdos entre los diferentes organismos e instituciones autoras de este protocolo, que ha hecho posible alcanzar el pleno consenso necesario para la asistencia coordinada a la agresión sexual.
- **Enfoque centrado en la mujer**. El mayor beneficio sociosanitario para la mujer violentada reside en la organización y coordinación de todos los actores intervinientes.

### III.2. Directrices Sanitarias

Estos principios rectores son el marco de referencia de las siguientes **directrices para la atención sanitaria**:

- **La atención sanitaria urgente** a los casos de agresión sexual debe facilitarse en todos los hospitales competentes para dar dicha atención.
- El **Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)** debe ser el lugar donde se **centralice la atención** urgente e integral (sanitaria, medicolegal, policial y social).
- Se debe preservar el **derecho de la mujer víctima a interponer (o no) la denuncia** correspondiente, sin que ello suponga un obstáculo para su atención en el SUH.
- El **consentimiento informado** de la mujer, cuando esté capacitada para ello<sup>10</sup>, debe presidir cualquier intervención sanitaria<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Ver lo referente al consentimiento informado en la **nota nº 43 a pie de página** del apartado XI.5 (Indicaciones iniciales para la atención integral hospitalaria).

<sup>11</sup> El tipo de consentimiento requerido (verbal o por escrito) se ajustará a lo contemplado en el artículo 8 de 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*.



- La **confidencialidad** de la información conocida en virtud del ejercicio profesional y la **protección** de la mujer víctima deben estar garantizadas.
- Se debe asegurar la **continuidad asistencial por atención primaria**, una vez finalizada la atención sanitaria urgente hospitalaria.

## IV. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

### IV.1. General

**Garantizar una atención sanitaria integral, efectiva y eficiente** a las mujeres que hayan sufrido **agresión sexual reciente**<sup>12</sup> y requieran atención urgente.

### IV.2. Específicos

- **Establecer pautas comunes de asistencia interdepartamental urgente y coordinada** (sanitaria, policial, judicial y social).
- **Evitar** potenciales daños por intervenciones iatrogénicas.
- **Impulsar la cooperación de todos los actores necesarios**, garantizando la atención asistencial en el SUH con el equipo de urgencias ginecológicas, el médico forense y el Servicio de Psiquiatría/Salud Mental.
- **Atender a las cuestiones éticas y medicolegales** derivadas de la asistencia, incluyendo la recogida, custodia y entrega de pruebas.
- **Garantizar en todo momento la seguridad** de la mujer y de las personas a su cargo, valorando el riesgo vital por nuevas agresiones y adoptando las medidas pertinentes.
- **Proporcionar atención psicosocial** a la mujer durante la atención hospitalaria urgente por parte de los recursos especializados de atención en violencia sexual existentes<sup>13</sup>.
- Tras la asistencia urgente hospitalaria, **garantizar el seguimiento y continuidad asistencial**.
- Mediante los registros/detección de casos, **mejorar el conocimiento de la violencia sexual (VS) e identificar áreas de mejora**.

## V. POBLACIÓN DIANA

**Mujeres de 16 o más años de edad**<sup>14</sup> que hayan sido víctimas de agresión sexual reciente, en el ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid y requieran atención integral urgente.

<sup>12</sup> En el transcurso de una semana como máximo, dependiendo del tipo de agresión sufrida (ver tabla 4).

<sup>13</sup> Actualmente existe el Centro de Crisis contra la violencia sexual Pilar Estébanez, del Ayto. de Madrid, que presta información, orientación y asesoramiento especializado, así como acompañamiento a las mujeres a lo largo del proceso de atención hospitalaria. Está previsto, durante 2022, la creación de otro centro de crisis 24 horas dependiente de la Comunidad de Madrid, para cubrir la demanda del resto de municipios.

<sup>14</sup> Ver **anexo 4** referente a la «mayoría de edad sanitaria».



## VI. CÓDIGO DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LA MUJER (CÓDIGO VISEM)

La demanda asistencial de una mujer víctima de VS puede surgir tanto en el medio extrahospitalario (un domicilio, comisaría de policía, en la calle, en un centro de salud, etc.) como en urgencias hospitalarias. Sea cual sea la vía de contacto, la mujer deberá ser finalmente atendida en un **Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de referencia para la atención a mujeres víctimas de agresión sexual**<sup>15</sup>, es decir, en un hospital:

- Con urgencias de ginecología y psiquiatría, 24 horas, todos los días<sup>16</sup>.
- Donde esté garantizada la seguridad y privacidad.
- Que disponga de material imprescindible para practicar el reconocimiento medicofo-  
rense y obtención de muestras biológicas<sup>17</sup>.

Una mujer que ha sufrido un episodio de este tipo, necesita una actuación **urgente** (que evite más sufrimiento), **integral** (que contemple todos los aspectos relacionados con la VS) y **coordinada** (que ordene de forma eficiente las actuaciones de todos los actores intervinientes en su atención), **lo que hace necesaria la existencia de un código sanitario específico** que, una vez activado, **movilice y coordine a los diferentes dispositivos implicados** (servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, FF. CC. S. E.<sup>18</sup>, órganos judiciales y recursos psicosociales) y aporte criterios de estandarización del procedimiento a seguir, **de aplicación en todo el territorio de la Comunidad de Madrid.**

### Crterios de activación del código VISEM

Ante la **evidencia o sospecha** de un posible caso de VS, se procederá a solicitar la activación del código VISEM, siempre y cuando se cumplan los requisitos de la tabla 4.

Tabla 4.  
**Requisitos que se deben cumplir para la activación del código VISEM**

Mujer $\geq$ 16 años.
Que haya sufrido una agresión sexual.
Tiempo transcurrido desde que aconteció el episodio $\leq$ 3 días/72 h. ( $\leq$ 7 días/168 h. en los casos de existencia de coito vaginal).
Que haya inicialmente consentimiento para la activación del código <sup>19</sup> .

<sup>15</sup> En el **anexo 15** quedan reflejados los **hospitales del Servicio Madrileño de Salud** que con la entrada en vigor de este protocolo, van a dar atención urgente y coordinada a la agresión sexual.

<sup>16</sup> Existen tres hospitales que no cumplen con el requisito de tener servicio de psiquiatría pero han sido incorporados a la red hospitalaria de referencia para la atención a mujeres víctimas de agresión sexual por venir prestando asistencia a estas mujeres, evitando así reducir recursos preexistentes (**ver anexo 15**).

<sup>17</sup> **Ver anexo 5.**

<sup>18</sup> Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: Policía Nacional y Guardia Civil.

<sup>19</sup> En el caso de que la mujer no quiera que se active el código VISEM, recibirá atención sanitaria urgente fuera de este código.

### ¿Quién debe activar el código VISEM?

- El **TRIAJE de los hospitales designados para la atención sanitaria de las mujeres víctimas de VS** cuando atienda a una mujer que cumpla los criterios de la tabla 4<sup>20</sup>.

### Referente hospitalario del código VISEM

La persona que ostente la **presidencia de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia** será, por defecto, la referente para impulsar la implantación del código VISEM e interlocutora para su seguimiento y coordinación en su hospital, salvo que su gerencia designe a otra persona para este cometido.

Anualmente deberá elaborar un informe de situación en donde conste, al menos, el número de veces que se ha activado el código y todas aquellas incidencias y problemas que hayan podido surgir.

Asimismo, asesorará en las actividades de formación relacionadas con el código.

## VII. VALORACIÓN SANITARIA DEL RIESGO VITAL POR NUEVAS AGRESIONES<sup>21</sup> Y MEDIDAS A ADOPTAR<sup>22</sup>

**En toda mujer atendida por agresión sexual debe valorarse si existe riesgo de sufrir nuevas agresiones** que puedan poner en peligro su vida o integridad física y/o la de personas de su entorno o dependientes de ella (hijos, hijas, familiares...), así como la presencia de ideación suicida, **con independencia de si se activa o no el código VISEM.**

Los aspectos a tener en cuenta para **valorar la existencia de riesgo vital** son los siguientes:

- relación que tenga el agresor con la víctima que permita conocer su domicilio (familiar, amigo, arrendador);
- verbalización de miedo;
- existencia de amenazas (especialmente si son de muerte y/o con uso de armas);
- existencia de agresiones repetidas en el pasado;
- existencia de agresiones durante el embarazo;
- malos tratos a hijos/hijas u otros miembros de la familia;
- consumo de drogas por el agresor;
- presencia de celos extremos, control de la vida de la mujer, aislamiento creciente.

<sup>20</sup> Los servicios de atención sanitaria de urgencias extrahospitalarias, SUMMA y SAMUR-PC, darán preaviso al SUH que corresponda de la sospecha de un caso de VS para que sea ese SUH quien active el código VISEM cuando lo considere oportuno.

<sup>21</sup> Esta valoración de riesgo es independiente a la que hacen las FF. CC. S. E. según su protocolo VioGén (*Protocolo de Actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de Coordinación con los Órganos Judiciales para la protección de las víctimas de violencia doméstica y de género*).

<sup>22</sup> Este apartado se completa con lo expuesto en el **apartado XIV** (Medidas a adoptar ante una situación de riesgo vital por nuevas agresiones, una vez finalizada la asistencia en el SUH).



## VII.1. Medidas a adoptar si existe riesgo vital

Ante una situación de estas características, hay que adoptar las siguientes **medidas básicas**:

- Evitar en todo momento que la mujer esté sola, **garantizando el acompañamiento** si fuera necesaria la derivación a un centro sanitario. Se avisará a las personas de apoyo que la mujer indique.
- **Reclamar la presencia de las FF. CC. S. E. en el escenario donde se encuentre la mujer**, si todavía no estuvieran presentes, quienes actuarán en base a sus procedimientos.

**En la asistencia *in situ* prehospitalaria y en el traslado al SUH asignado:**

- Se debe ser especialmente diligente en garantizar la seguridad y la protección, valorando la adopción de las medidas anteriores **a través del CE-112 y comunicar al SUH el riesgo potencial de nuevas agresiones**, con el fin de establecer las medidas necesarias que aporten la máxima protección de los datos relacionados con la mujer e impedir que el posible agresor pueda localizarla.
- **Si hubiera ideas de suicidio, comunicarlo al SUH** para que se establezcan las medidas necesarias por el Servicio de Psiquiatría.

**En la asistencia en el SUH**, además de las medidas básicas:

- **Se valorará la activación del protocolo de protección del centro**<sup>23</sup>.
- Se reflejará minuciosamente en la **historia clínica**, aparte de las actuaciones efectuadas, **el informe social y las medidas de seguridad adoptadas** (protocolo de protección del centro, plan de seguridad).

## VIII. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES A TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

No existe una reacción emocional universal, cada mujer se siente y se manifiesta de una forma diferente tras un **hecho traumático**, como lo es el haber sido violentada sexualmente. Su estado dependerá de las características de la violencia sufrida, de su propia historia de vida, edad, mecanismos de defensa/afrentamiento y del apoyo o rechazo recibido, si ya ha revelado los hechos a otras personas.

Por todo ello, a la hora de prestar **asistencia integral** a una mujer que ha sufrido violencia sexual, nos podemos encontrar que:

- El discurso de su relato difiera en la forma con respecto al de otras mujeres víctimas.
- Tema no ser creída y se sienta culpable.
- Presente sentimientos de indefensión e hipervigilancia.
- Sienta vergüenza.
- Sufra alteraciones del estado de ánimo.
- Tenga sensación de incredulidad y presente estados disociativos.
- Presente una distancia emocional significativa frente a la violencia sufrida.

<sup>23</sup> Este protocolo debe ser activado en el caso de que la mujer refiera o se conozca por otra vía la **existencia de orden judicial de protección para la mujer o de alejamiento para el agresor o esté comprometida su seguridad**.



Esta heterogeneidad hay que tenerla siempre presente a la hora de prestar asistencia a las mujeres violentadas sexualmente. En la **tabla 5** se exponen todos estos aspectos, vinculados a las posibles reacciones emocionales de estas mujeres y lo que se debe y no se debe hacer cuando se presentan.

**Tabla 5.**  
**Aspectos psicológicos y emocionales a tener en cuenta en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual**

Aspectos a considerar	Buenas prácticas	Evitar
<p><b>RELATO</b> Puede tener dificultades para narrar lo ocurrido. Su discurso puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carente o desbordado de emoción.</li> <li>• Desordenado u ordenado.</li> <li>• Contradictorio o coherente.</li> <li>• Convencido o impregnado de dudas.</li> <li>• Con lagunas o detallado.</li> <li>• Monosilábico o verborreico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir un relato espontáneo, con preguntas abiertas: «¿Me puede contar que le ha ocurrido?»</li> <li>• Respetar sus tiempos.</li> <li>• Tener una actitud de escucha desde la valoración positiva de sus emociones: ej.: «Entiendo que le sea difícil poner palabras, contar lo ocurrido»; «Entiendo que se sienta así, tómese su tiempo».</li> <li>• Registrar el relato en la historia clínica tal como lo refiere la mujer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones, gestos o acciones de impaciencia (ejemplo, mirar al reloj).</li> <li>• Ayudarle a poner palabras, inducir respuestas o interrumpirle con preguntas para que su relato sea más rápido y/u ordenado.</li> <li>• Pedirle aclaraciones o detalles no necesarios para la intervención médica.</li> </ul>
<p><b>CULPA Y MIEDO A NO SER CREIDA</b> La mayor parte de las mujeres víctimas van a sentir miedo a que se les cuestione, se les culpe o no se crea lo que están desvelando. Además, tras un evento traumático de estas características, la culpa está presente como mecanismo de defensa que permite a la mujer tener la fantasía de control: «si yo he hecho algo para que esto ocurra y lo identifico, no me va a volver a pasar».</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creer en su palabra, sin culpabilizar, evitando la victimización.</li> <li>• Escuchar desde el interés, expresando de forma clara que la mujer no es responsable de lo sucedido: «el único responsable/ culpable es el agresor», «no hay nada que provoque o justifique una agresión».</li> <li>• Manifestar de forma expresa que no ponemos en duda su relato y que no la vamos a juzgar (si la mujer nos transmite sus miedos a que no la creamos o a que la juzguemos).</li> <li>• Valorar positivamente que esté contando lo sucedido con frases tipo «estás siendo muy valiente».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emitir juicios de valor o pedir explicaciones sobre la forma de actuar de la mujer: «¿Por qué no te defendiste?, ¿Por qué no pediste ayuda?», «¡bas borracha/ drogada, ¿Seguro que le dijiste que no?»</li> <li>• Cuestionar sus reacciones emocionales: ¿Cómo es posible que estés así?, ¿Cómo es posible que no recuerdes eso?</li> </ul>
<p><b>ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO</b> La violencia sufrida va a generar una alteración en el estado emocional: desde el embotamiento o bloqueo emocional hasta la crisis de ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entender que un bloqueo emocional (aparente paralización, embotamiento emocional o respuesta de shock y/o sentimiento de desapego, ausencia de contacto visual, sin perturbación evidente, no respuesta a las preguntas, etc.) es una respuesta defensiva y efectiva ante un hecho traumático desbordante.</li> <li>• Permitir desbordamientos emocionales (explosiones de ira, angustia intensa, gritos o llanto incontrolable, así como crisis de ansiedad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desbordamientos emocionales propios (rabia, enfado, angustia)</li> <li>• Presionar para que se calme o interrumpir la expresión espontánea de emociones de rabia, impotencia y frustración con frases tipo «no se ponga así», «tiene que tranquilizarse».</li> </ul>

Tabla 5 (continuación).

**Aspectos psicológicos y emocionales a tener en cuenta en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual**

Aspectos a considerar	Buenas prácticas	Evitar
<p><b>VERGÜENZA</b>                      Muchas mujeres van a sentir vergüenza al contar lo sucedido. Pueden tener un sentimiento de inadecuación por lo ocurrido. Además, la agresión ha atacado a una esfera de su intimidad, la sexualidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser conscientes de que la mujer está relatando algo que puede avergonzarle, por sentirse culpable y/o por tener que ver con lo sexual. Verbalizarlo para que se sienta comprendida.</li> <li>• Tolerar los silencios en su relato.</li> <li>• Respetar el espacio interpersonal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quitar importancia al sentimiento de vergüenza, minimizarlo o transmitirle a la mujer que no debe sentirse así.</li> <li>• Tocar a la mujer sin su permiso con el objeto de calmarla.</li> </ul>
<p><b>SENTIMIENTO DE INDEFENSIÓN E HIPERVIGILANCIA</b>                      La violencia sexual ha sido ejercida por otro ser humano y en la mayor parte de los casos, por personas conocidas. Durante la agresión se han sentido indefensas y han podido ver amenazada su integridad física y emocional o su vida. Todo esto genera un estado de alerta constante, por lo que es probable que se manifieste con desconfianza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser conscientes de que la mujer está en un estado de alerta, de que tiene miedo y puede sentir desconfianza hacia los profesionales que la atienden o hacia profesionales varones.</li> <li>• Comprender y normalizar sus dificultades para ser explorada o para revelar y/o denunciar lo sucedido, entendiendo que es una reacción que no tiene que ver con un cuestionamiento de nuestra profesionalidad o nuestras intenciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimizar o quitar importancia a sus miedos, ponerse a la defensiva.</li> <li>• Forzar a la mujer a que acceda a la exploración o a que conteste a preguntas y/o denuncie cuando no se siente preparada.</li> <li>• Manifestar enfado o impaciencia por su desconfianza.</li> </ul>
<p><b>SENSACIÓN DE INCREDELIDAD Y ESTADOS DISOCIATIVOS</b>                      Ante un hecho inasumible o intolerable se produce un desbordamiento emocional que puede conllevar un distanciamiento de la realidad a distintos niveles: desde la incredulidad hasta reacciones disociativas. En caso extremo puede haber una desconexión total entre lo físico y lo emocional.                      Son mecanismos de defensa normales ante una situación anormal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar como una consecuencia de la violencia sufrida, sintomatología de:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despersonalización, que puede expresarse de distintas formas, por ejemplo: «es como si le hubiera pasado a otra persona», «no sentí nada durante la agresión», «fue como si no estuviera allí», «lo veía desde fuera».</li> <li>- Desrealización: que puede expresarse de distintas formas, por ejemplo: «es como si viera una película de lo ocurrido», «no me parece real»</li> <li>- Amnesia disociativa: que puede llevar al no recuerdo de aspectos o momentos de la situación.</li> </ul> </li> <li>• Anotar estas expresiones del relato de la mujer, ya que son síntomas que reflejan el impacto de la violencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionar «¿cómo no te vas a acordar?»</li> <li>• Restar importancia a los hechos por la aparente falta de reacción emocional.</li> <li>• Interpretar esta sintomatología como propia de un trastorno mental grave.</li> </ul>

Gran parte de las consecuencias de la violencia sexual tanto a corto como a medio y largo plazo tienen un carácter psicológico, por lo que el estado emocional de la mujer, además de tenerse en cuenta por todos los/las profesionales intervinientes, será valorado por el Servicio de Psiquiatría de Urgencias y debe ser anotado y reflejado en los informes correspondientes (son pruebas importantes de cara al proceso judicial).



ACTIVACIÓN CÓDIGO VISEM:  
PAUTAS DE INTERVENCIÓN

## IX. INTERVENCIÓN DEL CENTRO DE EMERGENCIAS 112 (CE-112) Y 061

Una vez realizada la recepción, registro y derivación telefónica al personal sanitario de la demanda asistencial y filiación de la mujer, **los profesionales encargados de atender las urgencias y emergencias extrahospitalarias en la Comunidad de Madrid<sup>24</sup>** procederán a la **evaluación clínica**, la **valoración sanitaria del riesgo vital** por nuevas agresiones<sup>25</sup> y **existencia de ideación suicida**, y **darán preaviso al SUH** que corresponda de la sospecha de un caso de VS para que se active **el código VISEM**, previa comprobación del cumplimiento de los criterios (descritos en la tabla 4) que lo permita, lo que comporta las siguientes actuaciones:

- **Dar las indicaciones contempladas en el apartado X.1.**
- **Asignación del recurso sanitario *ad hoc*** (Unidad de Atención Médica Domiciliaria, Vehículo de Intervención Rápida, Unidad de Soporte Vital Avanzado, ambulancia...) **para valoración inicial (atención sanitaria prehospitalaria) y traslado urgente al SUH.**
- **Si fuera necesario y autorizado por el jefe de guardia, envío de psicólogo de emergencias (PsycoSUMMA/SAMUR).**
- **Comunicación a las FF. CC. S. E. (Cuerpo Nacional de Policía/Guardia Civil)** de la existencia de un hecho constitutivo de un delito, tipificado en este protocolo, para que proceda según sus protocolos de aseguramiento de zona y si procede, recogida de vestigios, así como para el inicio de las actuaciones de investigación. La mujer puede manifestar que no desea entrevistarse con las unidades de Policía Judicial, lo que se tendrá que respetar.
- **Comunicación telefónica con el SUH** donde va a ser trasladada la mujer<sup>26</sup> para realizar las siguientes tareas:
  - **Gestión de la admisión y triaje.**
  - **Contacto directo con el equipo de guardia** del hospital receptor, aportándole la información clinicoasistencial relevante. Preaviso de llegada.

Si se hubiera detectado una potencial situación de riesgo de nuevas agresiones contra la víctima y/o personas de su entorno o dependientes de ella (hijos, hijas, familiares...), se comunicará al hospital receptor por si fuera necesaria la activación del Protocolo de Seguridad y Protección desde la recepción hospitalaria.

<sup>24</sup> SUMMA 112 / SAMUR-Protección Civil, según corresponda.

<sup>25</sup> Ver **apartado VII.1 (Medidas a adoptar si existe riesgo vital)**. Esta valoración de riesgo es independiente a la que hacen las FF. CC. S. E. según su protocolo VioGén.

<sup>26</sup> **Todas las demandas de atención sanitaria por VS recepcionadas en el CE-112 o el 061 serán derivadas EXCLUSIVAMENTE a hospitales acreditados para el código VISEM** (ver anexo 15).



## X. INTERVENCIÓN SANITARIA URGENTE PREHOSPITALARIA

### X.1. Actuación en el entorno

Cuando la mujer sea atendida en el lugar donde ha ocurrido la agresión sexual:

- Las FF. CC. S. E., en función de las circunstancias y el lugar, asegurarán la zona para la investigación.
- Se debe habilitar, en lo posible, un espacio que garantice la **protección e intimidad de la mujer** durante la atención sanitaria recibida.
- Avisar a los familiares y/o personas de apoyo que la mujer indique, ofreciendo la posibilidad de contactar con el Centro de Crisis contra la violencia sexual para que la mujer pueda recibir información, orientación y asesoramiento, siempre que su situación clínica lo permita y sin que ello suponga una demora innecesaria en su traslado al SUH.

### X.2. Atención sanitaria prehospitalaria

- Ha de ser **rápida**, sin pérdida de tiempo.
- **Se debe proporcionar información inicial básica**, incluyendo la necesidad del traslado, comentando en todo momento lo que se está haciendo y **recabando el consentimiento verbal explícito**, con testigo.
- El personal que preste atención a la mujer deberá utilizar guantes de un solo uso.
- Hay que realizar una **valoración ABCDE<sup>27</sup> inicial de Soporte Vital** que permita establecer un orden de prioridad en las medidas a tomar. En el SUH se hará la valoración definitiva.
- La comunicación por parte de los profesionales deberá ser objetiva, sin juicios de valor ni cuestionamiento del relato, dando apoyo y seguridad, garantizando la confidencialidad, utilizando un lenguaje adecuado a la edad y circunstancias, asegurándose que se entiende lo que se le dice, **no forzando a la mujer a responder si no lo desea**.
- Valorar el **estado psicológico y de conciencia**, reflejando por escrito las palabras textuales de la mujer, su apariencia y comportamiento (no significativo, confuso, desorientado...) y si la hubiera, sus sensaciones de suciedad y/o asco manifestadas u observadas<sup>28</sup>.
- Asegurarse que la mujer esté **acompañada en todo momento**. Durante la atención sanitaria estarán presentes como mínimo **dos personas del equipo asistencial**, siendo preferible que al menos una de ellas sea una mujer.

<sup>27</sup> El sistema ABCDE de valoración inicial de un/una paciente proviene de las siglas de las siguientes palabras inglesas: *airway, breathing, circulation, disability* y *exposure*.

<sup>28</sup> Ver tabla 5.



### X.3. Medidas medicolegales

La recogida de muestras por el personal sanitario se realizará siempre, salvo excepciones debidamente justificadas, en el hospital donde se atiende a la mujer.

- Hay que evitar alterar el lugar de los hechos (primario o secundario)<sup>29</sup> y la manipulación innecesaria de potenciales pruebas. Si no es posible por necesidad inexcusable justificada, deberá quedar documentada la alteración que se haya realizado.
- No desvestir ni lavar a la mujer, ni realizar exploraciones de la zona genital o anal, salvo que fuera estrictamente necesario para proceder a su estabilización. En tal caso, tanto las muestras como la ropa, recogidas en el lugar o durante el traslado al hospital, deben ser entregadas a las FF.CC.S.E para su custodia. En ausencia de estas, la custodia la realizará el personal sanitario hasta su llegada al SUH.
- Para la recogida y custodia se seguirán criterios de asepsia, por parte del personal responsable de la toma, que eviten y minimicen la posibilidad de contaminación accidental de las muestras con ácido desoxirribonucleico (ADN) exógeno procedente de dicho personal<sup>30</sup>.
- Si la mujer tiene intención de asearse antes de su traslado al SUH (ducha, lavado, cambio de ropa, limpieza o enjuague de la boca), se le debe explicar la importancia de la preservación de las pruebas con el fin de hacerla desistir. Por la misma razón hay que indicarle que, en la medida de lo posible, evite orinar, defecar, comer y fumar. Si ya lo hubiera hecho, se reflejará en el informe clínico asistencial, cuantificando el número de veces que lo ha realizado después del acto de VS.
- En caso de haber existido una penetración por vía bucal, es muy importante evitar la toma de líquidos o alimentos así como fumar, antes del reconocimiento en el hospital. Si a pesar de haber explicado a la mujer por qué es importante no beber ni comer, etc., no se la hubiera podido disuadir, se hará una toma bucal con un hisopo estéril en seco (2 muestras), siguiendo las recomendaciones del apartado XII.1 para muestras dubitadas.
- Preguntar si ha ingerido o cree que le hayan podido suministrar, en los momentos previos o después del acto de VS, algún tipo de droga o medicamento (prescrito o no). Valorar también los síntomas o sensaciones que presenta y por las que considera que ha podido ser sometida químicamente.

### X.4. Traslado al SUH

- El traslado ha de hacerse sin demora, bien en medios propios, si la situación clínica de la mujer lo permite y si no, en transporte sanitario activado por el SUMMA-112/SAMUR-PC. En todos los casos sería conveniente que fuera acompañada por un familiar, persona de apoyo o por las FF. CC. S. E., siempre con su aprobación.

<sup>29</sup> En criminalística se denomina lugar de los hechos **primario** al sitio o espacio donde se ha producido un delito y donde podemos encontrar evidencias; y **secundario** donde se van a encontrar indicios y/o evidencias del delito cometido en otro lugar.

<sup>30</sup> Ver, en el apartado XII.3, las medidas de protección de las muestras.



## XI. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL URGENTE HOSPITALARIA Y MEDICOLEGAL

En todos los SUH se contará con **personal especializado y entrenado** en atención a mujeres víctimas de violencia sexual<sup>31</sup>.

### XI.1. Acogida de la mujer

A la llegada al hospital se necesita **filiar a la paciente en el área de administración** de urgencias. Se recomienda **extremar la confidencialidad de la ubicación de la mujer**, especialmente en los casos que se sepa que exista riesgo de nuevas agresiones o el presunto agresor sea conocedor de que se está produciendo esta atención.

#### En el triaje:

- **Se hará valoración sanitaria del riesgo vital por nuevas agresiones**, de no haberse hecho antes de la llegada SUH y activación de las medidas a adoptar en los casos indicados<sup>32</sup>.
- **Se activará el código VISEM** previa verificación del cumplimiento de los criterios de la tabla 4.
- **A la mujer se le proporcionará información básica, por escrito**, sobre el procedimiento a seguir con la aplicación del protocolo (**anexo 14**).
- De no haberse contactado con anterioridad durante la asistencia prehospitalaria, **se deberá avisar al Centro de Crisis** contra la violencia sexual que corresponda para que telefónicamente la mujer reciba información, asesoramiento y soporte emocional durante su estancia en el hospital, salvo que su estado clínico/emocional no lo permita o una vez informada de este recurso especializado, manifieste no quererlo<sup>33</sup>.

#### Después del triaje:

- Hay que **minimizar los tiempos de espera y proporcionar un ambiente de privacidad**, procurando que la mujer sea trasladada a una estancia separada de la sala de espera general y **nunca se la dejará sola**, permitiéndose que alguien de su confianza la acompañe o que algún profesional pueda estar presente durante la espera.
- Si llega acompañada por personas de apoyo o familiares que, por deseo expreso de la mujer, van a estar presentes durante la toma de muestras, **se les debe facilitar mascarillas** y explicarles el motivo de su uso (evitar la alteración de posibles pruebas).
- Sería deseable que la acogida la realice **una profesional**.
- Hay que realizar **valoración ABCDE inicial de Soporte Vital** para establecer la prioridad en las medidas a tomar, con independencia de si se realizó en el ámbito extrahospitalario.

<sup>31</sup> En el **anexo 3** se muestran, adaptados a nuestro contexto, una síntesis de los **estándares mínimos que el Consejo de Europa ha establecido para los servicios hospitalarios** encargados de la atención a mujeres víctimas de violencia sexual.

<sup>32</sup> Ver **apartado VII.1 (Medidas a adoptar si existe riesgo vital)**. Esta valoración de riesgo es independiente a la que hacen las FF. CC. S. E. según su protocolo VioGén.

<sup>33</sup> El Centro de Crisis contra la violencia sexual Pilar Estébanez cuenta con un equipo profesional especializado, de carácter multidisciplinar, integrado por profesionales del ámbito social, psicológico y jurídico, además de soporte administrativo y servicio de mediación intercultural (para más información, ver anexo 16).



## XI.2. Aviso al Gestor de Casos de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia y Jefatura de Guardia

Una vez realizada la filiación y valoración de Soporte Vital, **el personal facultativo de urgencias** notificará a la Jefatura de la guardia/Gestor de casos (según horario y hospital) la existencia del caso.

## XI.3. Aviso al Juzgado de Guardia. Envío del IASU <sup>34</sup>

De igual modo, el personal facultativo de urgencias elaborará el **Informe de Asistencia Sanitaria Urgente por presunta agresión sexual** (en adelante, **IASU**) que enviará, lo antes posible, al Juzgado de Guardia que corresponda (avisado previamente por vía telefónica), por medios telemáticos que preserven la protección de datos personales, dando conocimiento de los hechos acontecidos. Se trata de un **nuevo documento** que se crea fundamentalmente para **notificar al Juzgado de Guardia la existencia de un caso de agresión sexual y activar la vía judicial sin necesidad de que exista denuncia previa** (basta con que haya intención de interponerla en el futuro), posibilitando la presencia urgente en el hospital del médico forense y la toma de muestras de interés medicolegal. También se tramitará aunque previamente se haya notificado al juzgado de guardia la existencia del caso y activada la vía judicial por parte de las FF. CC. S. E. El IASU se cumplimentará por el médico del SUH responsable de la atención sanitaria de la mujer que ha sufrido la VS.

## XI.4. Aviso a la Policía Judicial. Información sobre la denuncia <sup>35</sup>

De no haberse producido con anterioridad por el CE-112 o el 061 debido al tipo de acceso al SUH o por cualquier otra circunstancia, **desde la urgencia del hospital se debe dar aviso a la policía judicial** (Policía Nacional – UFAM o Guardia Civil – EMUME)<sup>36</sup> para que se personen en el menor tiempo posible y se realice la entrevista con ella, salvo que la mujer manifieste que no lo desea<sup>37</sup>.

La mujer **deberá ser informada**<sup>38</sup> de **su derecho a formular la correspondiente denuncia en ese momento o más adelante**<sup>39</sup> y también de **que puede no hacerlo**<sup>40</sup>.

<sup>34</sup> Ver apartado XVI.5 y anexo 2.

<sup>35</sup> En el municipio de Madrid, cuando el agresor es la pareja o expareja, entre las 9:00 h. y las 21:00 h. la denuncia y el IASU se remiten a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y el resto del horario es asumido por el Juzgado de Guardia de Instrucción. En los casos de **mujeres de 16 y 17 años**, el personal sanitario pondrá en conocimiento de la Fiscalía de Protección de Menores, así como del Juzgado de Guardia, los hechos, si bien, para incoar procedimiento deberá comparecer la persona representante legal de la menor o la Fiscalía actuar de oficio en representación de ésta (ver anexo 4).

<sup>36</sup> UFAM, Unidades de Atención a la Familia y Mujer; EMUME, Equipo Mujer-Menor.

<sup>37</sup> En estos casos y siempre respetando su decisión, a la mujer **hay que explicarle la función que tiene la policía judicial**, sobre todo por el temor que pueda tener **si su situación administrativa es irregular**, las consecuencias que conlleva su no presencia (no podrá denunciar los hechos en ese momento) y las implicaciones que tiene denunciar o no hacerlo, dejando claro que puede ser suficiente que exprese su deseo de poner la denuncia más adelante para que pueda actuar el médico forense.

<sup>38</sup> Según el art. 5 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.

<sup>39</sup> Se le informará de que si interpone la denuncia, iniciado dicho procedimiento, **este no se podrá detener**. La denuncia también puede interponerla el Ministerio Fiscal en casos de mujeres incapaces o desvalidas (art. 191 del Código Penal).

<sup>40</sup> En este caso hay que advertir a la mujer que la denuncia no la puede poner otra persona y que, si no lo hace ella, no se iniciará el procedimiento judicial.

En cualquier caso, debe quedar claro que **el personal sanitario tiene la obligación de comunicar el hecho a la autoridad judicial** mediante el **Parte de Lesiones**. También enviará, salvo que la mujer haya explicitado su negativa a interponer una denuncia, el **IASU**.

En la tabla 6 se destacan las cuestiones más relevantes a la hora de acoger a una mujer que ha sufrido agresión sexual.

Tabla 6.  
**Aspectos importantes a tener en cuenta en la acogida y estancia en urgencias de una mujer víctima de agresión sexual**

ACOGIDA	BUENAS PRÁCTICAS	A EVITAR
<b>Garantizar un ambiente de privacidad.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar una sala adecuada que asegure la confidencialidad del relato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interrupciones por llamadas telefónicas o de otros profesionales.</li> <li>Despachos o salas diáfanas.</li> <li>Lugares cercanos a salas de espera desde donde se pueda escuchar lo que se dice en el interior.</li> </ul>
<b>Nunca dejar sola a la mujer. Ofrecer la posibilidad de atención o presencia de una profesional mujer, si esto es posible.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a la mujer sobre esta posibilidad.</li> <li>Respetar su elección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criticar su deseo o necesidad. Defender la profesionalidad de los hombres que le están atendiendo.</li> </ul>
<b>Ofrecer la posibilidad de estar acompañada por un familiar o persona de apoyo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respetar su voluntad tanto si desea estar acompañada como si no.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insistir en la conveniencia de que un familiar o persona de apoyo la acompañe, pues puede provocar que calle aspectos importantes de la agresión sexual por vergüenza o culpa.</li> </ul>
<b>Informar sobre los procedimientos y solicitarle su consentimiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar con palabras sencillas y frases claras sobre los procedimientos que se van a realizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar que es mejor para ella «no saber».</li> <li>Eludir preguntas o responder de forma poco clara.</li> <li>Dar por bueno un consentimiento no informado.</li> </ul>
<b>Evitar que tenga que repetir lo ocurrido.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar el relato y todos los datos en la historia clínica.</li> <li>Permitir repetir lo ocurrido si la mujer así lo desea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preguntar por detalles no necesarios para la intervención médica.</li> </ul>
<b>Informar de la existencia del Centro de Crisis y la posibilidad de contactar telefónicamente de forma inmediata.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer a la mujer llamar con ella al Centro, para ser informada directamente, teniendo siempre presente su situación clínica.</li> <li>Respetar su decisión sobre si contactar o no hacerlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subestimar el apoyo que pueda ofrecer el Centro de Crisis.</li> </ul>
<b>Informar sobre las implicaciones de la intención de denunciar o no en lo relativo a la toma de muestras medicolegales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar de forma clara y objetiva sobre la denuncia y sus implicaciones en el proceso medicolegal.</li> <li>Respetar su decisión. La denuncia es un derecho de la víctima, no una obligación.</li> <li>Expresar claramente que no sabemos la respuesta sobre otras cuestiones jurídicas, cuando sea pertinente, pues no es nuestra especialidad (por ejemplo, sobre el procedimiento judicial).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decir a la mujer lo que debe hacer o lo que es mejor para ella con frases tipo «lo mejor es denunciar», «tienes que denunciar» o «¿cómo no vas a denunciar?».</li> <li>Prometer cosas de las que no tenemos certeza para tranquilizar a la mujer, por ejemplo: «ya verás cómo le pillan» o «si le denuncias, él va a ir a la cárcel y tú vas a estar a salvo».</li> </ul>
<b>Elaborar y enviar el IASU de forma urgente.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer las preguntas pertinentes, en un ambiente de privacidad, utilizando un lenguaje lo más claro y sencillo posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No completar adecuadamente el IASU.</li> <li>Hacer preguntas a la mujer cuando no sea necesario (cuando ya haya interpuesto la denuncia en dependencias policiales).</li> </ul>

## XI.5. Indicaciones iniciales para la atención integral hospitalaria

Una vez:

- Activado el código VISEM.
- Realizada la valoración del caso por el personal facultativo y demás profesionales asistenciales y sociales hospitalarios que intervengan en el proceso.
- Contactado el Centro de Crisis contra la violencia sexual que corresponda, previo consentimiento de la mujer.
- Formulada la denuncia<sup>41</sup> o expresado el deseo de la mujer de interponerla o constatada la imposibilidad de conocer ese deseo debido a su situación clínica<sup>42</sup>.
- Avisado el Juzgado de Guardia por vía telefónica o medio telemático y enviado el IASU.
- Producida la presencia del médico forense en el SUH por orden del Juzgado de Guardia, a tenor de lo reflejado en el IASU.

En la atención hospitalaria se producen dos procesos paralelos y complementarios, **la atención clinicoasistencial y la medicoforense**, dando pie al **trabajo conjunto** entre el personal clínico y forense **en un solo acto** que, junto con la coordinación con las FF. CC. S. E., evitará la revictimización de la mujer. Las intervenciones clínicas y sus resultados quedarán detalladas en el **informe clinicoasistencial**, mientras que las actuaciones forenses se reflejarán en el **informe medicoforense**. Asimismo, y de forma conjunta, el facultativo de urgencias que realiza el reconocimiento y el médico forense, elaborarán el **parte de lesiones** que ha de ser leído a la mujer, si su situación clínica lo permite, y remitido al juzgado de guardia.

Se debe emplear el tiempo necesario para la entrevista clínica, en una estancia que garantice la privacidad, con un clima lo más tranquilo y relajado posible, observando las características ya comentadas en el **apartado X.2** en relación a la comunicación y actitud profesional. Si la mujer lo desea, durante la entrevista puede estar acompañada por una persona que ella elija.

A continuación, se explicitan las actuaciones a realizar:

- **Valoración del riesgo vital por nuevas agresiones** (de no haberse realizado antes).
- **Consentimiento informado.**

Antes de iniciar cualquier procedimiento médico, es esencial obtener el consentimiento informado **explícito** de la mujer, para cada uno de ellos. Por tanto, el personal facultativo deberá explicarle, despacio y cuidadosamente, qué procedimientos se llevarán a cabo y atender a las cuestiones que ella plantee. Es importante evaluar su estado emocional y nivel de conciencia, y asegurarse de que está entendiendo la situación y **en condiciones de tomar decisiones sobre su propio proceso, especialmente en los casos de sospecha de sumisión química**<sup>43</sup>.

<sup>41</sup> La denuncia puede haberse producido en las dependencias policiales si la mujer acudió primero a una comisaría o puesto de la guardia civil.

<sup>42</sup> Es fundamental que este deseo o la imposibilidad de que sea expresado por la mujer **quede reflejado en la casilla correspondiente del IASU**.

<sup>43</sup> En los casos en los que la mujer no esté capacitada para dar su consentimiento o que este no sea válido (por el estado de salud de la mujer, diversidad funcional mental, etc.), será la Autoridad Judicial quien decida si se procede al reconocimiento y a la toma de muestras, en su caso.

La Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN (CNUFADN) ha establecido la obligatoriedad del consentimiento informado, que **debe hacerse por escrito**, para la toma de muestra indubitada de la víctima (preferentemente saliva), para la obtención de ADN como muestra de «descarte» en la investigación concreta del caso en cuestión y para su posterior registro, si consiente, en el nodo nacional de la base de datos policial de identificadores obtenidos a partir del ADN<sup>44</sup>. Dicho consentimiento debe contener una serie de datos establecidos por la citada comisión<sup>45</sup>. **Este consentimiento deberá constar en la historia clínica o en el informe clínico correspondiente**, junto a la negativa a la realización de determinadas maniobras (si tal hecho ocurriese)<sup>46</sup>.

El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento. Se debe informar a la mujer que retirar su consentimiento puede resultar desfavorable para el procedimiento judicial.

## XI.6. Historia clínica: indicaciones para la anamnesis y la exploración

La **historia clínica** puede servir como prueba importante en el proceso judicial y para guiar las actuaciones médicas y forenses. En ella debe quedar reflejada la información y los datos aportados en la anamnesis y la exploración física y psicológica. Se debe ser especialmente diligente en su cumplimentación en los casos de sumisión química, detallando minuciosamente todos los datos que puedan estar relacionados con su diagnóstico.

### Anamnesis

Hay que escuchar el relato sin hacer inferencias y anotarlo como tal, reseñándose textualmente las expresiones utilizadas a la hora de describir lo sucedido. Registrar los **datos descriptivos** del acto de VS (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual, sospecha o certeza de uso de sustancias, uso de preservativo, etc.)<sup>47</sup> y los **actos realizados** después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.)<sup>48</sup>. Asimismo, **si existen lesiones asociadas** o cualquier otra, aunque la mujer no pueda identificarlas como relacionada con la agresión sexual sufrida pero que pudiera deberse a ella (si ha estado inconsciente o en un estado que no la haya permitido percatarse de cómo se llevó a cabo la agresión). Por último, se debe **valorar el nivel de conciencia y estado emocional de la mujer**.

Además, se incluirán los **antecedentes personales**:

- De enfermedades, intervenciones, medicaciones.

<sup>44</sup> Según Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN.

<sup>45</sup> Ver anexo 6.

<sup>46</sup> En la XXVI sesión del Pleno anual de la CNUFADN, celebrada el 15/12/2021, se aprobó los nuevos formularios de consentimiento informado en la toma de muestras biológicas, tanto de investigados como de encausados o víctimas, para el análisis y obtención de perfiles de ADN, de acuerdo con la Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales (fuente: Ministerio de Justicia. Gobierno de España).

<sup>47</sup> Estos datos descriptivos deben servir para rellenar el IASU.

<sup>48</sup> En casos de violencia de pareja, las manifestaciones que realice la víctima en sede médica serán tenidas en cuenta como «*notitia criminis*» para abrir diligencias contra el presunto autor o autores y servirán como prueba de los hechos investigados.

- De consumo asociado de alcohol y otras drogas<sup>49</sup>.
- De violencia, si los hubiera.
- Ginecológicos: menarquía, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación, método anticonceptivo utilizado, última relación sexual.

### Exploración física

La exploración debe ajustarse a la situación de la mujer y estar siempre antecedida por una explicación de los pasos a seguir y su finalidad. **Si la mujer lo solicita**, puede permanecer acompañada por una persona de su confianza. En todo momento **debe estar presente un sanitario, preferiblemente mujer**. Para la toma de muestras con fines medicoforenses se requerirá la presencia del médico forense.

El examen se debe realizar en un lugar **privado**, en condiciones que **minimicen el riesgo de contaminación con ADN exógeno** procedente de los profesionales responsables de la misma. Cualquier muestra tomada a partir de la víctima, incluso aquellas destinadas a la investigación de infecciones de transmisión sexual, podrán ser utilizadas posteriormente en análisis genéticos con fines de investigación criminal o los análisis derivados de las mismas podrán ser considerados como pruebas judiciales. Por este motivo, la toma de dichas muestras, incluidas las clínicas, debe quedar reflejada en el **documento de cadena de custodia** que garantice la trazabilidad de estas y de los análisis que de ellas se deriven<sup>50</sup>.

El **examen físico** será lo más detallado posible, identificando la localización de las lesiones, su gravedad, estadio y todos aquellos datos que puedan ser de interés. Constará de las siguientes actuaciones:

- **Anotar la apariencia general de la mujer, comportamiento y actividad mental.** Tras un episodio de agresión sexual, estos tres aspectos pueden permanecer intactos o sufrir cambios aparentemente no significativos. Sea como fuere, es importante que queden registrados. En caso de que las funciones mentales parezcan alteradas, debe valorarse si dicha alteración es reciente (debido a la VS sufrida o, por ejemplo, debido al consumo de alcohol u otras drogas) o está producida por alguna enfermedad crónica o diversidad funcional. Se debe intentar describir la **secuencia temporal** de aparición de los síntomas y su duración.
- **Anotar los signos vitales:** presión sanguínea, temperatura, pulso y respiración.
- **Exploración de la superficie corporal:** se aconseja que la retirada del vestuario sea realizada por la propia mujer, situándose sobre una sábana blanca suficientemente amplia y, con guantes de un solo uso, proceda a la retirada de cada una de sus prendas, empezando por las de debajo de la cintura y por las exteriores (la ropa interior será la última que se quite), evitando mezclarlas. Una vez recogidas, depositarlas, **por separado**, en una bolsa de papel sellada y rotulada. Cubrir el cuerpo con una sábana.

<sup>49</sup> Este tipo de antecedente es especialmente importante en el caso de que haya habido sumisión química. Para evitar una interpretación errónea de la finalidad de esta pregunta, conviene aclarar que no juzgamos el consumo voluntario, sino que queremos saber si ha podido ingerir alguna sustancia psicoactiva sin su conocimiento/consentimiento.

<sup>50</sup> Ver **apartado XVI.6 (Hoja de registro de datos y muestras recogidas. Cadena de custodia.)**.



Una vez desprovista de su ropa, examinar a la mujer desde la cabeza hasta los pies, anotando y describiendo detalladamente cualquier lesión o la ausencia de ella y buscando restos del lugar en que haya estado, adheridos a la piel. La exploración podría seguir los siguientes pasos:

- Revisar la zona craneofacial, prestando atención a los globos oculares, la boca y a las mandíbulas. En caso de felación debe hacerse una toma bucal antes de que se enjuague o ingiera líquidos o alimentos.
- Observar pabellones auriculares y oídos.
- Palpar con suavidad el cuero cabelludo en busca de lesiones o pelo arrancado.
- Analizar la zona del cuello, examinar hombros y tórax (anterior y posterior) comenzando por la espalda. Hay que prestar especial atención a las mamas. En caso de marcas de mordeduras y/o sugilaciones, debe hacerse una toma de muestra para recoger posibles restos de saliva.
- Explorar las axilas.
- Inspeccionar la zona de los brazos y antebrazos en busca de heridas o abrasiones. Examinar cuidadosamente las caras internas de los brazos.
- Continuar por las manos y muñecas, recortando las uñas y guardándolas en envases, diferenciando a qué mano y dedo pertenecen.
- Estudio del abdomen y región glútea con la mujer acostada. Inspeccionar la zona de las nalgas (ver siguiente apartado).
- Observar miembros inferiores por la cara interna y externa, poniendo especial atención en rodillas, tobillos y plantas de los pies.

#### Exploración génito-anal (equipo ginecológico de guardia)<sup>51</sup>

Hay que realizar un examen completo. Para la recogida de restos en genitales externos, no debe emplearse «esponjas». Antes de proceder a la realización de maniobras manuales, se debe efectuar la toma de las muestras biológicas externas.

Al igual que en el caso de la exploración física, la mujer debe ser informada cuidadosamente de las actuaciones que se van a seguir y su objetivo. Hay que tener en cuenta que **la exploración puede ser dolorosa** pues la región puede estar dañada. La inspección vulvo-vaginal se realizará estando la mujer en la camilla ginecológica y cubierta con una sábana. Los pasos son los siguientes:

- Revisar zona externa de nalgas, muslos y monte de venus, labios mayores, menores, clítoris, himen o remanentes himeneales y perineo. Realizar peinado del vello púbico en busca de pelo del agresor, antes de realizar cualquier exploración interna.
- Si hay restos de sangre, semen, saliva u otros restos biológicos, deben recogerse con el material adecuado.
- Con un espéculo pueden examinarse las paredes vaginales en busca de lesiones y de restos de semen.
- Para realizar la exploración de la cavidad anal, la mujer debe tumbarse sobre un lado de su cuerpo. Debe hacerse una exploración del recto si existen sospechas de penetración anal (por ejemplo, que tenga dolor o sensaciones anormales).

<sup>51</sup> En algunos hospitales, en función de su organización interna, en mujeres de 16 y 17 años la exploración ginecológica se hará en colaboración con pediatría.



- Posteriormente deben registrarse las heridas, hematomas y/o contusiones halladas, consignando en su caso la no existencia de las mismas. En este último supuesto, puede que haya dolor a la palpación, lo que también habrá que reflejar.

Una vez finalizado el examen físico, **la mujer puede asearse**.

### Exploración neurológica

Explorar pupilas, motilidad, reflejos, fuerza y sensibilidad.

### Exploración psicológica (equipo de salud mental de guardia)

**En todos los casos se solicitará la valoración del estado psicológico** por el equipo de guardia de psiquiatría<sup>52</sup>. Se valorará la presencia de: emociones intensas de culpa, vergüenza, asco, miedo, terror, pánico, indefensión, angustia, impotencia, tristeza, desesperanza, rabia o ira. Crisis de ansiedad, y síntomas ansioso-depresivos. Sintomatología postraumática (síntomas intrusivos y de re-experimentación, evitación y de aumento de la activación), estado de shock, bloqueo y dificultad para tomar decisiones, incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático y síntomas disociativos (paralización y/o distancia emocional significativa ante la violencia sufrida).

**Deben realizarse las pruebas diagnósticas** que se estimen necesarias como, por ejemplo, radiografías para detectar fracturas óseas o las relacionadas con las ITS.

**Por último, se deben registrar todas las actuaciones y hallazgos durante la exploración.** Es conveniente ayudarse de un mapa del cuerpo para indicar la localización y tamaño de las lesiones. El médico forense o la policía judicial podrán fotografiar las lesiones si la mujer presta el consentimiento explícito para ello.

## XI.7. Indicaciones para el tratamiento de lesiones, la profilaxis y sospecha de sumisión química

### Tratamiento de las lesiones físicas

Toda lesión física debe ser tratada mientras se realiza la exploración, pudiéndose prescribir medicación en caso de que sea necesario.

### Profilaxis de embarazo<sup>53</sup>

Cuando la agresión sexual sufrida pueda implicar un embarazo, se valorará su prevención. En el caso en que la mujer esté utilizando adecuadamente un método anticonceptivo eficaz o que

<sup>52</sup> En algunos hospitales, en función de su organización interna, en mujeres de 16 y 17 años la exploración psicológica se hará en colaboración con pediatría.

<sup>53</sup> Para que esta profilaxis pueda llevarse a cabo de forma eficaz, en el SUH deberá haber los métodos utilizados para tal fin.

esté embarazada, no será necesaria esta profilaxis. De no ser así y siempre con consentimiento previo, si desde la agresión han transcurrido:

- **Menos de 72 h.**, contracepción postcoital hormonal con Levonorgestrel (1,5 mg en una sola dosis, vía oral).
- **Entre 72 h. y 5 días** (120 h.), se debe proceder a la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre (DIUcu) o dar contracepción postcoital hormonal con Acetato de Ulipristal (30 mg en una sola dosis, vía oral).

Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas. Se tiene que informar a la mujer de que en caso de embarazo por el episodio de VS, **puede optar legalmente a su interrupción** en cualquiera de los centros acreditados para tal fin por la Consejería de Sanidad y sin coste alguno.

### Profilaxis de infecciones de transmisión sexual<sup>54</sup>

A toda mujer expuesta a relaciones sexuales no consentidas hay que ofertar profilaxis post-exposición (PPE) al VIH, VHB, gonococo, clamidia, sífilis y tricomonas.

- **PPE para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH):** se realizará un test de VIH **urgente** para confirmar la seronegatividad de la mujer. La PPE debe instaurarse cuanto antes, preferiblemente en las primeras 24 horas tras la exposición de riesgo y **siempre antes de que pasen 72 horas**. Se debe ofrecer un plan de seguimiento clínico y analítico<sup>55</sup>, información y apoyo psicológico.

Cuando se pueda constatar que el abusador/agresor es VIH negativo, se deberá interrumpir el tratamiento profiláctico, si ya se ha iniciado.

- **PPE para el virus de Hepatitis B (VHB):** la profilaxis frente al VHB se valorará individualmente, atendiendo al estado de inmunidad de la mujer y al serológico del abusador/agresor (si ello fuera posible). Como pautas generales y cuando se desconozca el estado serológico del abusador/agresor:
  - Si la mujer no está vacunada frente al VHB o no de forma completa, administrar 1 dosis de Inmunoglobulina de la Hepatitis B (IGHB) y vacunar o completar vacunación del VHB, según corresponda.
  - Si la mujer está vacunada de forma completa, se deberá determinar, lo más rápido posible, los anticuerpos de superficie de la hepatitis B (anti-HBs) para saber cómo proceder en relación a la PPE.

Tanto la IGHb como la vacuna deben administrarse en las primeras 24 horas. La eficacia de la IGHb se pierde pasados 7 días.

- **PPE para gonococo, clamidia, sífilis y tricomonas** en posible incubación: se aconseja tratamiento empírico triple (ceftriaxona + metronidazol + azitromicina), en una única dosis, durante 7 días.

<sup>54</sup> Se deberá seguir las recomendaciones del «Documento de consenso sobre Profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (última actualización)», de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida y varias sociedades científicas. Accesible en: <https://bit.ly/2Qy4Nf6> y en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/informacion/home.htm>

<sup>55</sup> Ver apartado XIII.



### Profilaxis antitetánica

Se planteará ante la existencia de heridas inciso-contusas y de sus características.

### Sospecha de sumisión química

Ante la sospecha de sumisión química y presencia de cuadros ansiosos, debe evitarse administrar sedantes hasta no haber completado la toma de muestras.

## XII. TOMA DE MUESTRAS Y ANALÍTICAS. CADENA DE CUSTODIA

La toma de muestras con finalidad medicoforense tiene prioridad sobre la obtención de muestras clínicas. El médico forense será quien se encargue de tomar las muestras de interés medicolegal, excepto en aquellos casos en los que pueda ser realizada por el ginecólogo en el curso de su exploración clínica (sangre periférica, hisopado vaginal y lavado vaginal), siempre estando presente el médico forense.

A partir de la entrada en vigor del **art. 48.2** de la *Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de libertad sexual*, seis meses después de su publicación en el BOE y sin perjuicio con lo estipulado en los arts. 363 y 778.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, los hospitales podrán recoger aquellas muestras biológicas y otras evidencias «*que puedan contribuir a la acreditación de la violencia sexual*» ocurrida. La toma de muestras «*se realizará previo consentimiento informado y no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal*». Previa a la implantación de este artículo, se remitirán las oportunas instrucciones y protocolos científicos para su aplicación.<sup>56</sup>

### XII.1. Recogida de muestras con fines de identificación genética <sup>57</sup>

En estos casos, la recogida de muestras está muy estandarizada, debiéndose tener en cuenta tanto los datos aportados por la víctima como los hallazgos observados durante la exploración física.

#### Muestras indubitadas:

- **Hisopos bucales:** Dos hisopos bucales (o tarjeta FTA) obtenidos frotando la zona interna de las mejillas. Es recomendable que se realice un enjuague bucal previo a la toma, especialmente si se ha comido recientemente.

En caso de sospecha de penetración oral se debe utilizar como muestra la sangre venosa.

- **Sangre venosa:** Se deben recoger unos 5 ml que deben introducirse en un tubo con anticoagulante tipo EDTA<sup>58</sup>.

Si se requiere sangre para realizar otro tipo de análisis (serológico, toxicológico, etc.), deben recogerse muestras adicionales.

<sup>56</sup> En el apartado XI.5 «Exploración física» se describe el procedimiento a seguir y en el anexo 7, la relación de toma de muestras.

<sup>57</sup> Ver anexo 8.

<sup>58</sup> Ácido etilendiaminotetracético.

### Muestras dubitadas:

- **Hisopos bucales y lavado bucal:** Dos hisopos estériles en seco obtenidos frotando la zona interna de las mejillas, lengua y espacio sublingual, alrededor de las encías, dientes (por ambas caras), incidiendo especialmente en los incisivos, espacios interdientales y paladar (duro y blando). Posteriormente recogida del enjuague bucal (que debe ser enérgico) con suero fisiológico en tubo estéril para análisis.
- **Superficie corporal** (zonas de cuello, mamas, nalgas, etc.): Recoger muestras con hisopos estériles en caso de que se encuentren restos de semen, saliva o sangre y con dedos enguantados y limpios si se encuentran pelos, fibras, hierba o restos del suelo. Los hisopos se deben tomar de cada zona por duplicado; en el caso de que sea necesario aplicar un hisopo húmedo, sobre la misma superficie se usará posteriormente uno seco, con el fin de obtener el residuo restante. Cuando sea necesario, el hisopo se humedecerá solo con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico estéril para evitar la sobresaturación y dilución de la muestra.
- **Uñas** (recortes o hisopos): Cortar el borde distal de las uñas. Se debe enviar un sobre pequeño para cada uña. Si no se pueden recortar, se limpiarán con hisopos estériles.
- **Muestras ginecológicas** (genitales externos, cérvix, vagina y lavado vaginal): Dos hisopos estériles de cada una de las regiones. Tomar muestras para valorar infección/enfermedad de transmisión sexual. Finalmente realizar también un lavado de la cavidad vaginal con 5 ml de suero fisiológico estéril que se aspirará para la recogida de posibles restos de semen.
- **Muestras anales** (perianales y rectales): Dos hisopos estériles de cada una de las regiones.
- **Ropas de la víctima:** Se aconseja recoger y enviar la ropa interior (braga y sujetador) y las prendas de vestir que se consideren de interés<sup>59</sup>.
- **Otras muestras de interés forense** (salvaslips, preservativos, chicles, etc.): solo si se consideran de interés.

## XII.2. Analíticas <sup>60</sup>

### Extracción de sangre para analizar infecciones/enfermedades de transmisión sexual y otras finalidades que se estimen oportunas.

También debe solicitarse **analítica de tóxicos** en caso de haber sospechas o certeza de ingestión de este tipo de sustancias, incluyéndose el alcohol. La indicación de este tipo de analítica debe ser competencia de la medicina forense. No está indicada en todos los casos. A este respecto cabe destacar:

Son indicadores para la toma de muestras para realizar un análisis toxicológico:

- Pérdida de memoria y conciencia. Recuerdos confusos.
- Vómitos.

<sup>59</sup> Ver apartado XI.5, «Exploración de la superficie corporal» para saber cómo proceder con la ropa.

<sup>60</sup> Anexos 10 y 11.



Hay que preguntar si comió o bebió y en qué momento perdió la conciencia o se empezó a encontrar «rara». Preguntar sobre todas las sustancias que haya ingerido voluntariamente, lo que incluye una estimación de la cantidad de alcohol consumido en el período precedente a la presunta agresión, si ha tomado alguna droga recreativa, así como los medicamentos de dispensación con receta o de venta libre que pueda haber tomado recientemente.

Se recomienda la toma de muestras para estudios toxicológicos, **si no han transcurrido más de 120 horas (5 días)** desde la agresión sexual. Cuando la presunta agresión se haya denunciado transcurridos más de 5 días después de los hechos, se deberá citar a la víctima a partir de la cuarta/quinta semana de la agresión **para la toma de muestra de cabello** con objeto de evaluar retrospectivamente la exposición a un tóxico.

Se aconseja la toma de una muestra de sangre para análisis toxicológico cuando hay sospecha de intoxicación (alcohol/drogas de abuso/sumisión química), si esta ingesta o administración ha tenido lugar **en las primeras 48 horas desde los hechos**. En este caso:

- Se extraerán al menos 1 tubo de 5 ml de sangre con fluoruro sódico 2,5 g/l y oxalato potásico 2 g/l y otro tubo de 5 ml de sangre con EDTA, desinfectando la piel, evitando utilizar etanol u otros disolventes con fracciones volátiles y procurando llenar los tubos al máximo para evitar en la medida de lo posible, la formación de una cámara de aire. Homogeneizar los tubos. Mantener en frío desde ese momento.

#### Con respecto a la muestra de orina, que deberá obtenerse en todos los casos:

- Obtener entre 30 y 100 ml de orina. Conservar en frío.
- No se debe descartar la muestra, aunque esté contaminada (las bacterias no interfieren ni en la técnica ni en los resultados).
- Se debe documentar el número de veces que se ha orinado previamente.

Igualmente se solicitará hemograma y bioquímica con perfil renal y hepático. **Prueba de embarazo** (siempre en la urgencia), que ha de repetirse a las 4-6 semanas.

#### Muestras capilares en casos de sumisión química<sup>61</sup>

En los casos de sospecha de sumisión química se aconsejará a la mujer que no se corte el cabello durante los dos meses posteriores al reconocimiento clínico y médico forense ya que, como parte de la investigación, puede ser necesario obtener una muestra capilar para su estudio toxicológico durante ese tiempo<sup>62</sup>.

<sup>61</sup> Para la recogida de muestras (biológicas y no biológicas) en los casos de sospecha de sumisión química, consultar el apartado 6.1 del **Protocolo de Actuación ante la Sospecha de Sumisión Química del Servicio Madrileño de Salud** (ver bibliografía).

<sup>62</sup> Ver anexo 11.



### Pruebas analíticas para la investigación de infecciones de transmisión sexual

Estos análisis se harán de manera tal que se garantice la trazabilidad de las muestras en las que se efectúen, siendo conveniente la implantación de un proceso de cadena de custodia. Se realizará una toma de muestra en todos los sitios de penetración o de intento de esta, así como en los lugares donde se aprecien lesiones<sup>63</sup>.

### Análisis a realizar con fines de identificación genética

Estos análisis van dirigidos a la detección de indicios biológicos (semen, saliva o sangre) cuya presencia y posterior análisis de individualización genética podrían indicar su pertenencia a posibles agresor/es y, por tanto, ser presentados como pruebas de convicción con fines judiciales. Deben realizarse en los laboratorios acreditados por la CNUFADN con sede en la Comunidad de Madrid (el del Servicio de Biología del Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, el Laboratorio de ADN de la Comisaría General de Policía Científica y el del Departamento de Biología del Servicio de Criminalística de la Guardia Civil).

Las muestras relativas a los procedimientos judiciales de mujeres víctimas de agresión sexual serán recogidas por el médico forense en el medio hospitalario y por las FF. CC. S. E. en el extrahospitalario, **correspondiendo al juez instructor de la causa, la decisión del envío de estas para su estudio, a un determinado laboratorio.**

## XII.3. Recogida, empaquetado y transporte de muestras

La toma de muestras, su empaquetado y transporte deben cumplir una serie de criterios dirigidos a garantizar la trazabilidad del proceso y a mantener la autenticidad e integridad de estas, requisitos necesarios para que los resultados obtenidos en los análisis realizados tengan fiabilidad y validez para su posterior presentación como pruebas judiciales.

### Indicaciones para la recogida:

- Se requiere **inmediatez**. La probabilidad de recoger material probatorio disminuye con el paso del tiempo.
- Asegurar que las muestras son envasadas, rotuladas, embaladas y transportadas correctamente<sup>64</sup>.

Durante la toma de muestras hay que evitar posibles contaminaciones por material biológico exógeno humano. Dichas contaminaciones se pueden producir durante el proceso de recogida de indicios si no se mantienen unas precauciones mínimas y también por defectos en su empaquetado.

En los casos en los que la toma de muestras no corra a cargo del médico forense, las personas que realicen la toma de muestras deben estar formadas para tal fin y deberán estar familiarizadas con las recomendaciones generales para la recogida y envío de muestras con fines de iden-

<sup>63</sup> Ver anexo 10.

<sup>64</sup> Ver anexo 9 para la conservación de las muestras.



tificación genética, así como con los criterios de cadena de custodia y las medidas anticontaminación indicadas en los siguientes apartados.

Las **medidas de protección de las muestras** a adoptar son las siguientes:

- Evitar la contaminación usando siempre guantes y mascarilla. Estos se cambiarán con frecuencia, sobre todo en aquellos casos en los que se esté trabajando sobre material biológico de diferente región anatómica (posibilidad de contaminación cruzada) o de distinto origen.
- Evitar hablar o estornudar durante la recogida de las muestras (mascarillas con diferente nivel de protección).
- Emplear bata u otro tipo de ropa protectora.

#### Indicaciones para el empaquetado y transporte de las muestras:

Las muestras deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas, detallando el nombre de la mujer, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en un sobre con el nombre de la mujer, **dirigido al médico forense del Juzgado de Guardia o a las FF. CC. S. E.**

A la hora de envasar las muestras, es importante seguir estos principios:

- Cada muestra se debe envasar individualmente.
- En el envase primario se consignará el tipo de muestra de que se trata, sujeto de procedencia, número de historia o de procedimiento.
- Todos los envases deben quedar perfectamente identificados y precintados.
- Las muestras indubitadas de la víctima se dispondrán en paquetes o sobres diferentes de los de las muestras dubitadas para estudios genéticos.

En las muestras con fines de identificación genética, para **evitar o minimizar la contaminación de muestras** producidas por microorganismos que actúan favorecidos por la humedad y las altas temperaturas, se aconseja:

- Dejar secar las muestras a temperatura ambiente en un lugar protegido, antes de su envasado, salvo que se usen dispositivos de recogida con sistema de autosecado.
- Empaquetar en envases de papel o cajas de cartón, evitando el plástico (salvo que se trate de dispositivos de recogida con sistema de autosecado). Cuando su empleo sea ineludible, procurar una transferencia rápida al envase adecuado, con las debidas medidas de protección.

Los indicios líquidos o húmedos son especialmente vulnerables a la degradación del ADN, que se puede producir en pocas horas. Para evitar esta circunstancia es necesario empaquetar adecuadamente cada muestra. Los indicios líquidos (lavados, sangre, orina) se deben mantener y remitir refrigerados.

Todo el proceso de toma de muestras debe quedar reflejado en la historia clínica de la paciente.



## XII.4. Cadena de custodia

El principio rector del tratamiento de las muestras será su **gestión integral** por los organismos implicados.

Para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, **la cadena de custodia será asegurada por el médico forense en el ámbito hospitalario y por las FF. CC. S. E. en el extrahospitalario**. Las muestras custodiadas se almacenarán hasta su destino. Previa a su envío, las muestras deben estar asociadas **a un procedimiento judicial**, antes de comenzar una investigación/análisis en el laboratorio de referencia encargado de esta función.

Previa a la entrada en vigor del **art. 48.2** de la *Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de libertad sexual*, prevista a los seis meses de su publicación en el BOE y acorde con lo estipulado en los arts. 363 y 778.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, se cursarán las oportunas instrucciones y protocolos científicos, a los centros sanitarios, para la correcta conservación de muestras y garantía en la cadena de custodia hasta su remisión al IMLCF de la Comunidad de Madrid.

## XIII. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Finalizado el proceso asistencial en el SUH, incluidas la toma de muestras y analíticas<sup>65</sup>, y si no precisa ingreso hospitalario:

- **Se debe notificar el caso a la Unidad de Trabajo Social** a fin de que la mujer esté informada sobre los recursos y ayudas disponibles<sup>66</sup> y sus derechos como víctima<sup>67</sup>.
- Además, a la mujer se le informará, por escrito, de los **controles hospitalarios** que se van a realizar tras el alta hospitalaria y de la importancia de los mismos.

Igualmente, se le facilitarán las **citas iniciales de seguimiento en el mismo hospital**, con el objeto de valorar los resultados de las pruebas pendientes que han sido obtenidas en la urgencia y cuyo resultado es diferido, así como para evitar cualquier demora en el seguimiento médico. Las citas de revisión que precise serán realizadas en los servicios de ginecología, psiquiatría/salud mental y pediatría<sup>68</sup>.

**Se recomienda efectuar seguimiento médico hospitalario a las 2 semanas, 3 y 6 meses después de la agresión sexual:**

- En la visita de las **2 semanas** se revisarán, si las hubiera, las heridas y lesiones producidas y se valorará su evolución. Se realizará analítica general. Se asegurará que haya tomado correctamente la medicación prescrita. Asimismo, se le informará de los resultados de las pruebas médicas llevadas a cabo y se realizará una prueba de embarazo. En caso de em-

<sup>65</sup> Ver apartado XII.

<sup>66</sup> Ver anexo 16.

<sup>67</sup> Si no fuera posible, será el jefe de hospital quien se encargue de facilitar dicha información.

<sup>68</sup> En algunos hospitales y en función de su organización interna, para mujeres de 16 y 17 años.



barazo, se le informará de sus opciones y se le recordarán las instrucciones para la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual, VHB y VIH. Revisión ginecológica. Información a medicina de familia de la revisión realizada.

- En el seguimiento a los **3 meses** se realizará la prueba de VIH (salvo que ya esté en seguimiento por este problema), serología VHB y VHC, despistaje sífilis y se continuará con la profilaxis que corresponda de infecciones de transmisión sexual. Se informará sobre su derecho a la IVE<sup>69</sup> en caso de embarazo. También se informará de los resultados de las pruebas. Revisión ginecológica. Información a medicina de familia de la revisión realizada.
- En la visita de seguimiento a los **6 meses** se realizará la prueba de VIH (con la salvedad ya reseñada), serología VHB y VHC y se continuará con la profilaxis que corresponda de infecciones de transmisión sexual. Se informará de los resultados de las pruebas. Revisión ginecológica. Información a medicina de familia de la revisión realizada.
- En el caso de recibir quimioprofilaxis postexposición al VIH, se la derivará a **las consultas hospitalarias de infecciosas o de medicina interna** (según protocolo hospitalario) para asegurar la continuidad del tratamiento, seguimiento y valoración médica.
- Por último, se le entregará el Informe de Urgencias (informe de alta) aconsejando:
  - **No mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración.**
  - **Pedir cita con su médica/o de familia antes de que pasen 7 días, para valoración y seguimiento.**
- **En atención primaria** se deberá valorar la cita preferente con **trabajo social** y se considerará la necesidad de derivación a salud mental, cuando no esté siendo ya vista o tenga consulta de revisión por este servicio, y/o a un **centro especializado** en atención psicológica de mujeres víctimas de violencia sexual<sup>70</sup>.

## XIV. MEDIDAS A ADOPTAR ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO VITAL POR NUEVAS AGRESIONES, UNA VEZ FINALIZADA LA ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO (SUH)

En toda situación de riesgo vital confirmado, **desde el SUH se contactará con la Dirección Médica/Jefe de Hospital para dar aviso inmediato a las FF. CC. S. E.** y se adoptarán las siguientes medidas<sup>71</sup>:

<sup>69</sup> Interrupción Voluntaria del Embarazo.

<sup>70</sup> La Comunidad de Madrid dispone de un **Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual (CIMASCAM)**, perteneciente a la Red de Atención Integral para la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad).

Asimismo, el Ayuntamiento de Madrid posee un **Centro de Crisis contra la violencia sexual Pilar Estébanez, para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual** vinculado al Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Sitios web donde se puede encontrar información del centro: [centro de crisis 24h violencia sexual](#).

**Consultar el anexo 16** de Recursos para las mujeres.

<sup>71</sup> Medidas recogidas en «*Violencia de pareja hacia las mujeres. Guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios*» (ver bibliografía).



- Si se procede al ingreso, en aquellos casos en los que se deba activar el protocolo de protección del Centro Sanitario, garantizar que en la planta de hospitalización conocen esta situación y se han tomado las medidas pertinentes.
- Cuando el tratamiento de las lesiones requiera traslado a otro centro o servicio sanitario, se informará a la Dirección Médica/Jefatura de Hospital a fin de optimizar la coordinación de recursos y la atención, y de garantizar la seguridad.
- Si la mujer desea volver a su domicilio, se le hará entender que su vida corre peligro y se le recordarán las medidas para aumentar su protección.
- Si la mujer no desea regresar a su domicilio, como medida de seguridad **se contactará con el 112** para proceder, si fuera preciso, a la gestión de un centro de emergencia.
- **Se planteará la elaboración del Plan de Seguridad con la mujer.** Se explorará asimismo la red de apoyo social, con el fin de determinar con qué personas podría contar (si las hubiere) en caso de salida del hogar y dónde podría alojarse<sup>72</sup>.
- Para el caso de **mujeres de 16 y 17 años** se activarán los Organismos de Protección del Menor Urgente comunicándolo a la Comisión de Tutela del Menor (Área de Protección). Se enviará informe por escrito y se adelantará vía fax (tfno.: 915803745)<sup>73</sup>. Si hay una duda razonable y se considera que existe una situación de riesgo no inmediato, se comunicará a los servicios sociales del ayuntamiento quienes valorarán el caso y su comunicación a la Comisión de Tutela, si procede.
- Una situación excepcional sería aquella en la que la mujer y las personas a su cargo corran un grave peligro y ella no esté en condiciones de darse cuenta. Es importante para su protección acudir a un lugar seguro y por ello **se contactará con el 112**, desde donde se iniciarán todos los trámites de protección.

## XV. DIAGRAMAS DE FLUJO DEL ALGORITMO DE ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISEM Y DE ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES $\geq 16$ AÑOS

En los diagramas de flujo del algoritmo de activación del código VISEM y de atención sanitaria a las mujeres víctimas de agresión sexual (figs. 1, 2, 3 y 4), se reflejan las pautas de intervención descritas, con los **posibles itinerarios** que se pueden dar junto a los **procesos, estructuras implicadas, decisiones a tomar y principales documentos a utilizar**.

- La **figura 1** representa el diagrama de preactivación del código en el medio extrahospitalario a través del CE-112 o del 061.
- Las **figuras 2 y 3** representan los diagramas de activación del código en el triaje de de las urgencias hospitalarias de los hospitales designados para atender a las mujeres que han sufrido agresión sexual reciente.

<sup>72</sup> Si es posible, este Plan se elaborará desde trabajo social y si no, desde el SUH.

<sup>73</sup> Medida contemplada en el Protocolo de Atención Sanitaria del Abuso Sexual a Menores (en fase de elaboración a 30/03/2022).



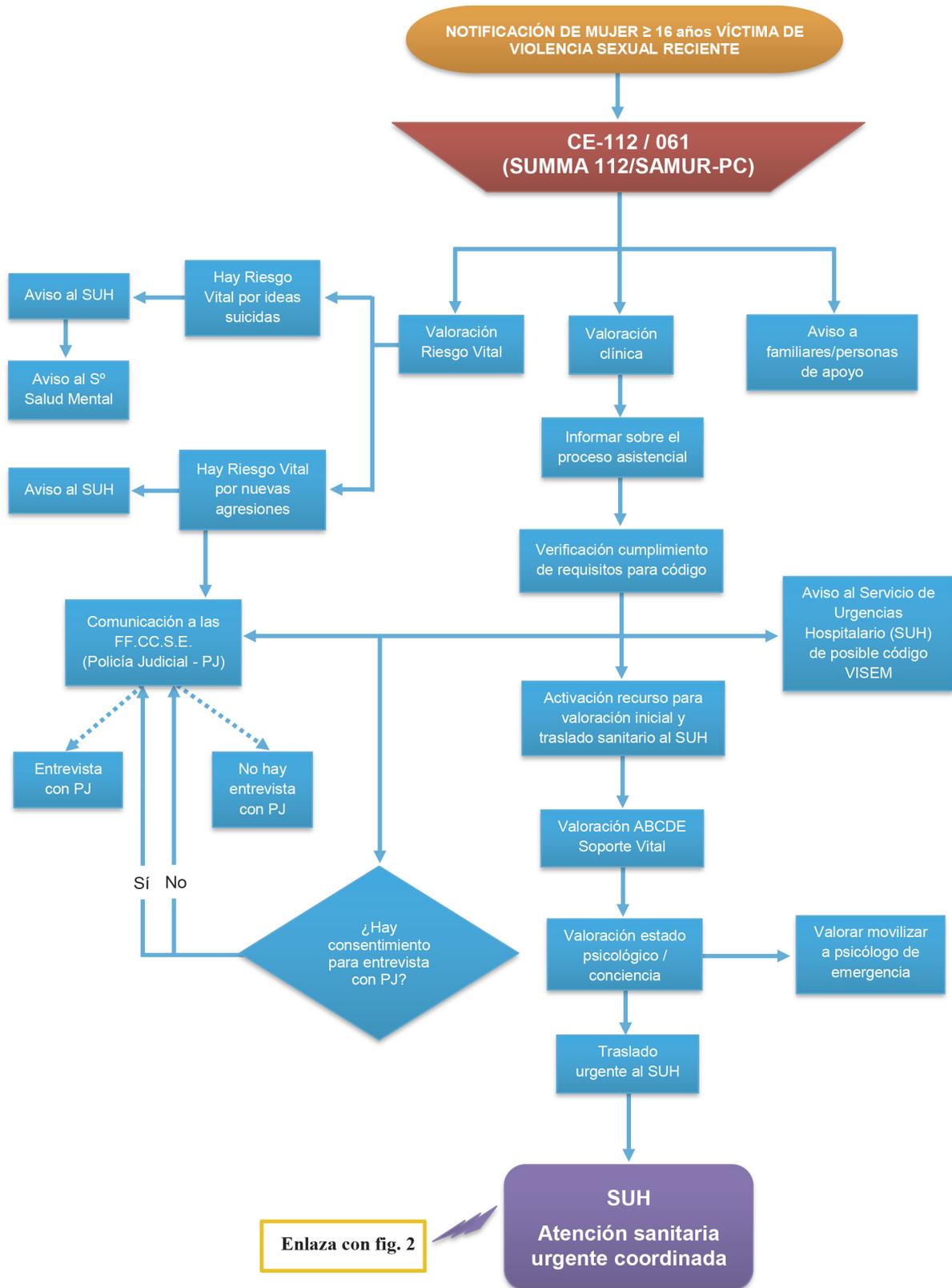
- La **figura 4** hace referencia a los casos en que hayan transcurrido más de 3/7 días (según el tipo de agresión sexual ocurrido) desde la VS. En estas circunstancias no se activará el código VISEM y, una vez notificado el caso, desde el Juzgado de Guardia se decidirá si se avisa o no al médico forense<sup>74</sup>.

#### Legenda de las figuras y recorridos de los diagramas de flujo:

- En **color anaranjado oscuro** (■) se muestra el inicio y final de los diagramas.
- En **color rojo** (■) se muestra los recursos que dan preaviso o activan el código VISEM.
- En **color aguamarina** (—; ···) se muestran los recorridos previos a la activación del código VISEM y en los casos en que han transcurrido más de 3/7 días de la VS. Asimismo se muestran los elementos específicos implicados en dichos recorridos (■).
- En **color púrpura** (—; ···) se muestran los recorridos una vez activado el código VISEM y los elementos específicos implicados en dicho recorrido (■).
- Los **trazos continuos** indican los recorridos que realiza el personal sanitario (hospitalario y extrahospitalario), a excepción de la medicina forense.
- Los **trazos discontinuos** muestran los recorridos que realizan los actores no sanitarios (FF. CC. S. E. y juzgados de guardia) y medicina forense.

<sup>74</sup> En este supuesto, el médico responsable deberá tener en cuenta que podría ser conveniente la recogida de otro tipo de evidencias de interés medicolegal: por un lado las muestras tomadas en el cuerpo de la víctima con fines de investigación de ITS y por otro, las procedentes de ropas u otros efectos personales de la víctima que llevara en el momento de los hechos u otras muestras recogidas en el lugar de los hechos y que pudieran dedicarse a la investigación de indicios biológicos e identificación genética. Todo ello deberá ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial pertinente.

Figura 1.  
**Diagrama de flujo del algoritmo de preaviso del código VISEM y de atención a la VS en mujeres  $\geq 16$  años en el MEDIO EXTRAHOSPITALARIO**



Enlaza con fig. 2



Figura 2. Diagrama de flujo del algoritmo de activación del código VISEM y de atención a la VS en mujeres  $\geq 16$  años en el MEDIO HOSPITALARIO

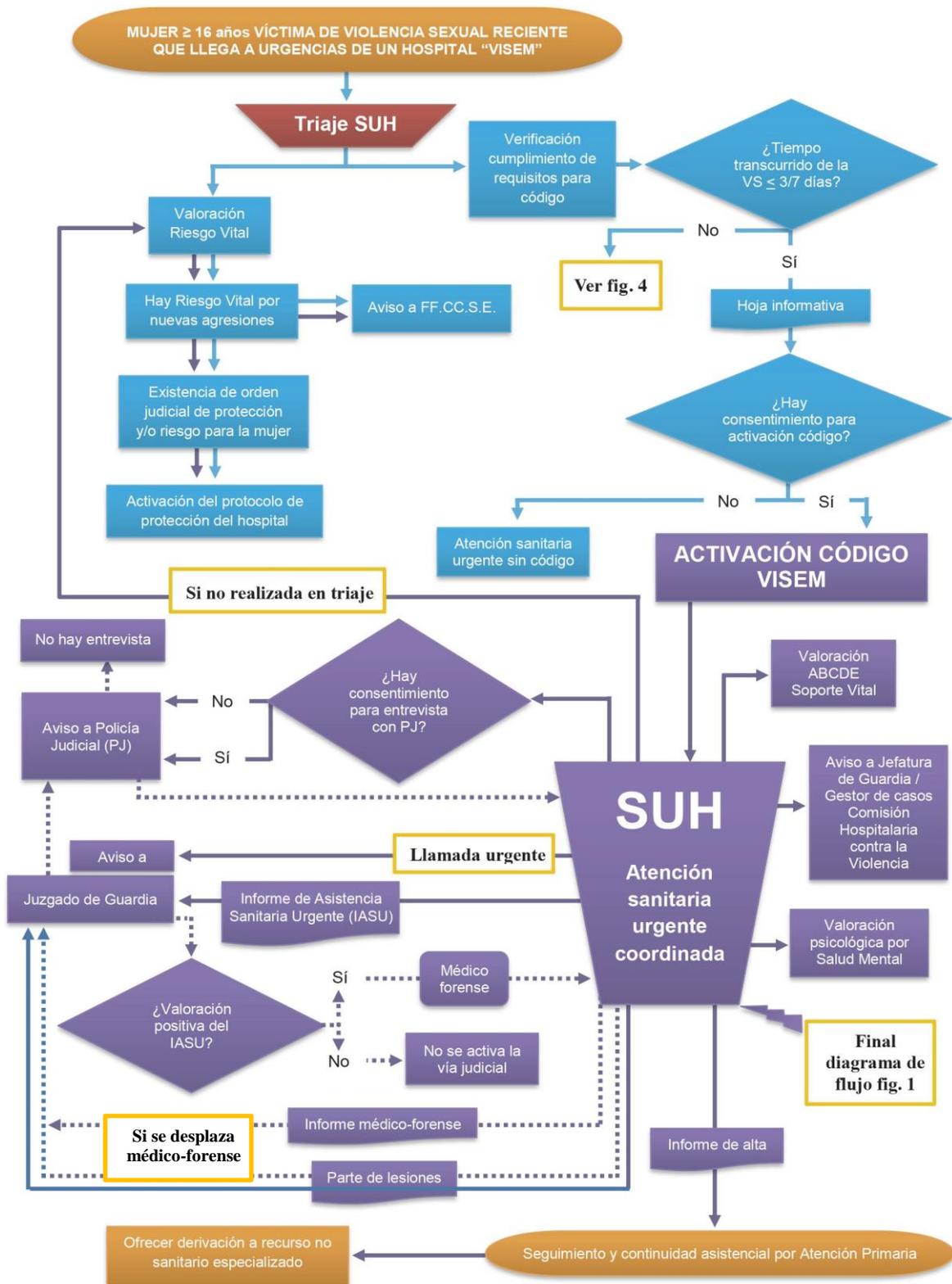


Figura 3.

**Diagrama de flujo del algoritmo de activación del código VISEM y de atención a la VS en mujeres  $\geq 16$  años, en el medio hospitalario, previa interposición de denuncia en dependencias policiales**

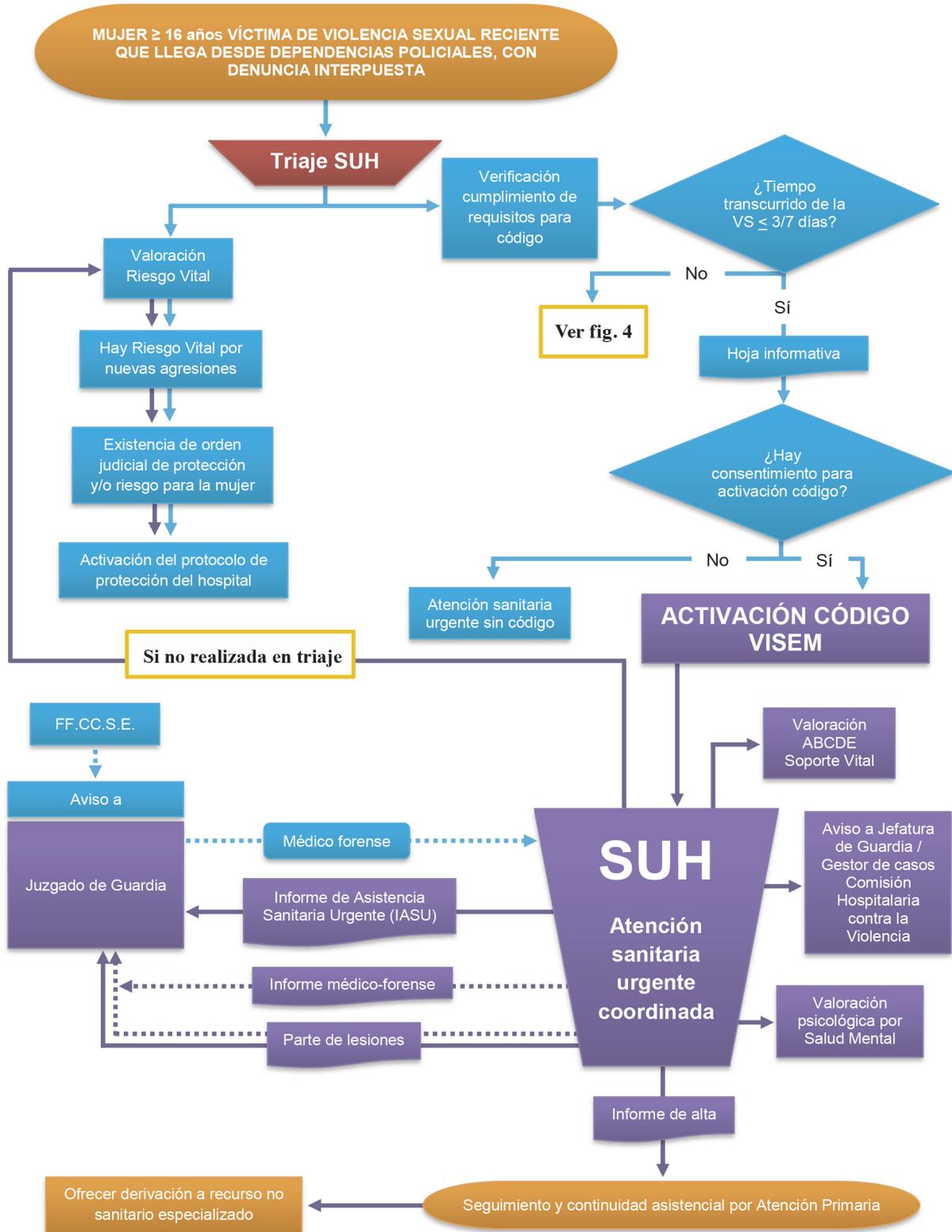
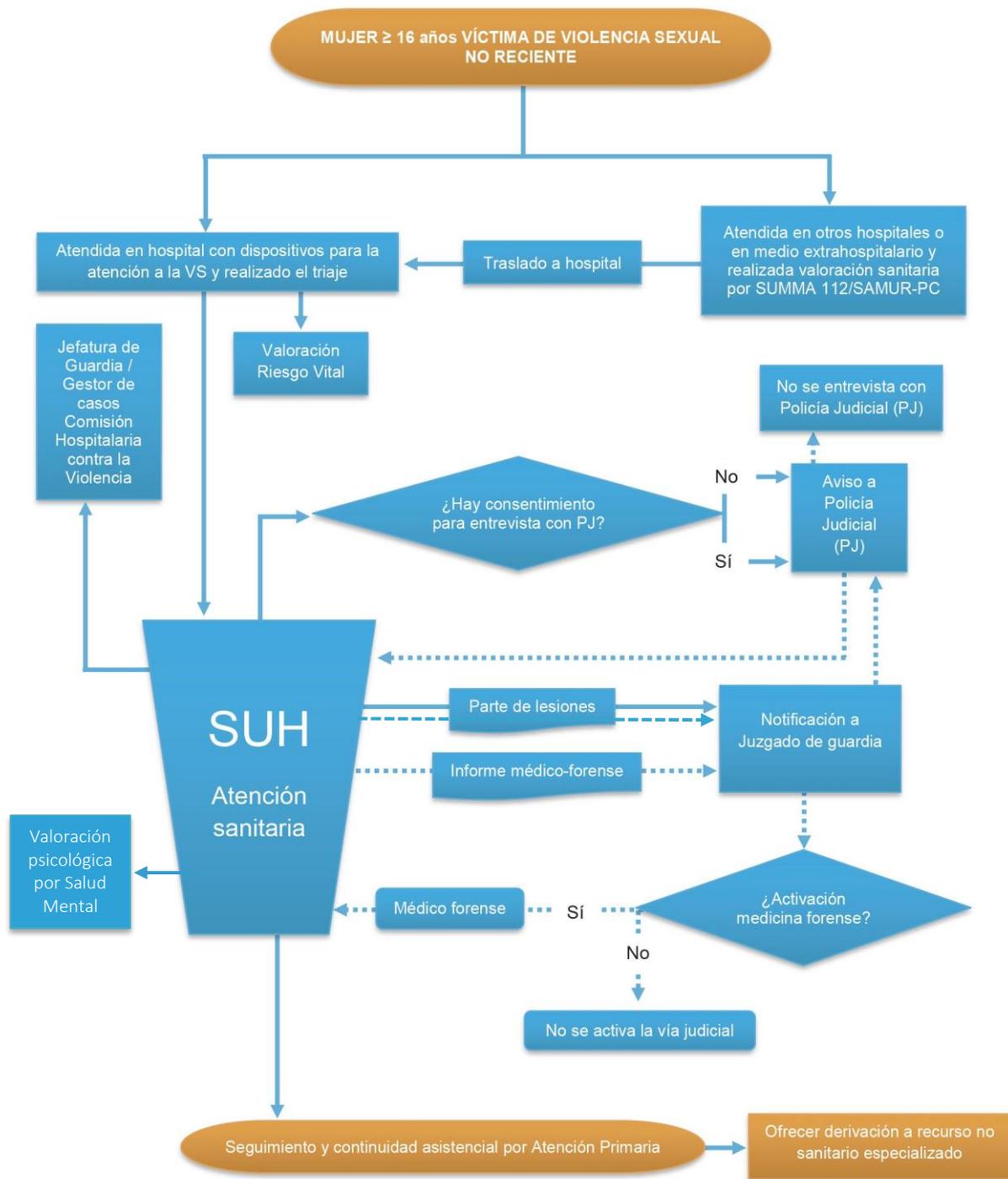


Figura 4.  
**Diagrama de flujo del algoritmo de atención a la VS, SIN ACTIVACIÓN DE CÓDIGO VISEM, en mujeres  $\geq 16$  años cuando han pasado más de 3/7 días del hecho**



# OTRAS CUESTIONES A CONSIDERAR



## XVI. DOCUMENTACIÓN A RELLENAR

Aparte del informe clinicoasistencial, ante la evidencia o sospecha de un caso de VS, **existe la obligación legal de comunicarlo a la autoridad judicial**<sup>75</sup>. El médico cumple este cometido mediante la emisión del **Parte Judicial de Lesiones**. El personal sanitario responsable de la atención debe ser especialmente diligente en la cumplimentación de estos documentos, informando previamente a la mujer afectada de la remisión de este Parte Judicial y **registrándolo en la historia clínica**.

### XVI.1. Consentimiento informado <sup>76</sup>

Se solicitará para los distintos procedimientos a realizar a lo largo de todo el proceso asistencial, debiendo ser por escrito para la toma de muestra indubitada de la víctima (preferentemente saliva), para la obtención de ADN.

### XVI.2. Informe clinicoasistencial (informe de alta)

El Informe clinicoasistencial va dirigido a la mujer y debe ser suficientemente detallado, sin olvidar la valoración psicológica, recogiendo frases textuales que se consideren relevantes (*«la paciente refiere...»*). Se entregará copia a la mujer recomendándole que la guarde en un lugar seguro y que no comparta la información con el agresor o personas allegadas a él. Si la mujer tiene dudas sobre su seguridad, no se entregará copia en ese momento y se acordará con ella cuándo podrá recogerlo o a través de quién. No debe ser adjuntado con el parte de lesiones en el momento de su remisión inicial al Juzgado de Guardia. En caso de que sea el juzgado quien reclame la historia clínica, hay obligación de remitirla.

### XVI.3. Informe de maltrato/agresión <sup>77</sup>

El informe de maltrato/agresión va dirigido a recoger de manera detallada y ampliada los datos resultantes de la anamnesis y la valoración de la mujer que ha sufrido una agresión. **No debe ser adjuntado al parte de lesiones sino ser archivado en la historia clínica, como un ítem aparte**. Se recomienda la existencia de un modelo de informe que sea compatible con los diferentes sistemas de información hospitalarios.

<sup>75</sup> Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y art. 7 de la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.

<sup>76</sup> Ver anexo 6.

<sup>77</sup> En el **anexo 13** se expone el **modelo a utilizar**, basado en el que se emplea en el Hospital Universitario La Paz.



#### XVI.4. Parte judicial de lesiones

Este documento **no es una denuncia y se cumplimentará en todos los casos, incluso en aquellos en los que el examen sea negativo.**

El parte de lesiones tiene gran transcendencia en el ámbito penal dado que, a veces, es la única prueba de un posible delito y sirve también para activar medidas de protección. Supone el final de la atención asistencial y va dirigido a dar parte del estado de las lesiones, de hechos que motivaren la formación de una causa penal, cuando esta consista en lesiones.

La descripción de las lesiones debe ser lo más detallada posible y en todo caso debería incluir:

- Tipo de lesión.
- Localización anatómica: dentro de un área concreta y en ella, su ubicación con respecto a puntos anatómicos concretos.
- Dimensiones exactas (diámetro mayor y menor); profundidad aproximada.
- Morfología de la lesión, incluyendo la descripción de sus bordes.
- Color de la lesión y del área que la rodea.
- Fase evolutiva (cronología).
- Posible presencia de material orgánico o inorgánico en su fondo, paredes o bordes (toma de muestras específica).

Además, deberá reflejar el estado psicológico de la mujer atendida y si hay riesgo vital por nuevos actos de violencia.

El parte de lesiones siempre **será firmado por el facultativo de guardia que realiza el reconocimiento** y en los casos en que se haya desplazado al SUH, también por **el médico forense**. Ambos profesionales deberán quedar perfectamente identificados.

El centro hospitalario guardará una copia y se entregará otra copia a la policía/guardia civil para el juzgado. La mujer se llevará copia del informe de urgencias y se la informará del contenido del parte de lesiones, entregándole una copia de este, si lo solicita.

La Fiscalía tendrá conocimiento en momentos posteriores, cuando se le dé traslado y valorará y decidirá si se activa de oficio una investigación para confirmar los episodios de agresión sexual. Para que se pueda continuar con la tramitación del procedimiento es necesario que la mujer preste declaración sobre los hechos.

#### XVI.5. Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual (IASU)

Nuevo informe, **específico para los casos de agresión sexual en los que se debe aplicar este protocolo**, en el que se notifica al Juzgado de Guardia la existencia de un probable caso de violencia sexual de este tipo, aportándose datos de filiación de la mujer víctima y de la clase de violencia sexual sufrida, así como de la fecha y lugar del hecho<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> Anexo 2.

### XVI.6. Hoja de registro de datos y muestras recogidas. Cadena de custodia

Formulario de recogida de datos y muestras, incluyendo la cadena de custodia, para su remisión a los laboratorios implicados.

### XVI.7. Informe medicoforense

Es el informe emitido por el médico forense donde se recogen todas las actuaciones forenses llevadas a cabo.

## XVII. ASPECTOS ÉTICOS ASISTENCIALES

En situaciones de VS es importante que los/las profesionales intervinientes tengan presente los aspectos éticos. La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario debe ser la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia. Si bien esto es de aplicación durante toda la intervención sociosanitaria, parece evidente que, en los primeros momentos tras la violencia sexual, la vulnerabilidad de la mujer y su entorno es mayor y por ello se debe ser especialmente diligente en respetar los siguientes principios éticos:

- **Principio de Beneficencia:** velar por la vida y el beneficio de la salud de la paciente.
- **Principio de No-maleficencia:** evitar perjuicios con intervenciones innecesarias, minimizando los daños. No provocar una nueva victimización.
- **Principio de Autonomía:** para que pueda tomar decisiones y sentirse protagonista de su propio proceso de recuperación, ha de ser informada de las diferentes alternativas de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados.
- **Principio de Justicia:** que la mujer sea tratada de manera equitativa y no pueda verse ni tratarse con un menor valor.
- **Principio de Confidencialidad:** respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional, para evitar daños sobrevenidos.

## XVIII. ORGANISMOS INTERVINIENTES Y SUS FUNCIONES

En la **tabla 7** se exponen, de forma resumida, los diferentes organismos implicados en la atención integral a las mujeres víctimas de agresiones sexuales y las funciones que cada uno de ellos debe desarrollar.



Tabla 7.  
**Actuaciones a desarrollar y actores implicados en las diferentes etapas de la atención sanitaria integral a las mujeres víctimas de VS**

<b>Atención inicial en recurso no sanitario</b>	
<b>Actuaciones</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con SUMMA 112/SAMUR-PC para asistencia sanitaria a través del CE112 o del 061.</li> <li>• Información básica para la mujer sobre el proceso de atención.</li> </ul>	Atención social Asistencia policial SAMUR-PC SUMMA 112
<b>Atención en recurso sanitario que no sea el centro hospitalario con criterios de referencia</b>	
<b>Actuaciones sanitarias</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración sanitaria inicial de la urgencia y tiempo transcurrido desde la VS.</li> <li>• Valoración de posible sumisión química.</li> <li>• Recabar Consentimiento Informado para activación del código VISEM.</li> <li>• Valoración ABCDE Soporte Vital Básico.</li> <li>• Atención sanitaria urgente pre-hospitalaria.</li> <li>• Valoración Riesgo Vital por nuevas agresiones.</li> <li>• Coordinación con CE112 para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aviso al SUH de código VISEM y aviso a FF. CC. S. E.</li> <li>- Traslado a SUH con recursos de referencia.</li> </ul> </li> <li>• Actuaciones en el entorno.</li> </ul>	Atención Primaria Atención Hospitalaria CE112 SAMUR-PC SUMMA 112
<b>Actuaciones medicolegales</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtención de muestras (casos excepcionales).</li> <li>• Cadena de custodia.</li> </ul>	Médicos de urgencia FF. CC. S. E.
<b>Traslado</b>	
<b>Actuaciones</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención sanitaria urgente pre-hospitalaria.</li> <li>• Presencia de las FF. CC. S. E. durante el traslado si hay Riesgo Vital.</li> </ul>	SUMMA 112 SAMUR-PC FF. CC. S. E.
<b>Atención en centro hospitalario con criterios de referencia</b>	
<b>Actuaciones de seguimiento del código VISEM</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración anual de un informe de situación.</li> </ul>	Comisión Hospitalaria contra la Violencia

Tabla 7 (continuación).

**Actuaciones a desarrollar y actores implicados en las diferentes etapas de la atención sanitaria integral a las mujeres víctimas de VS**

<b>Atención en centro hospitalario con criterios de referencia (continuación)</b>	
<b>Actuaciones sanitarias</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triage en SUH.</li> <li>• Valoración sanitaria de la urgencia y tiempo transcurrido desde la VS.</li> <li>• Activación código VISEM.</li> <li>• Valoración ABCDE Soporte Vital Básico.</li> <li>• Valoración Riesgo Vital por nuevas agresiones.</li> <li>• Aviso a Policía Judicial.</li> <li>• Anamnesis y exploración.</li> <li>• Tratamiento de lesiones.</li> <li>• Adopción de medidas profilácticas.</li> <li>• Atención psiquiátrica.</li> <li>• Valorar necesidad de asistencia por otras especialidades.</li> <li>• Elaboración de documentación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe clinicoasistencial (informe de alta).</li> <li>- Informe de maltrato-agresión.</li> <li>- Parte judicial de lesiones (juntamente con medicina forense).</li> <li>- Informe de comparecencia/asistencia.</li> </ul> </li> <li>• Comunicación con Juzgado y envío del informe de comparecencia/asistencia.</li> <li>• Información básica para la mujer sobre la continuidad asistencial (por escrito).</li> </ul>	Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) Servicio de Ginecología Servicio de Psiquiatría FF. CC. S. E. Servicio de Pediatría <sup>79</sup>
<b>Actuaciones medicolegales</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de muestras de interés legal y cadena de custodia.</li> <li>• Elaboración Informe medicoforense.</li> <li>• Hoja de registro de datos y muestras recogidas.</li> </ul>	Instituciones forenses
<b>Actuaciones policiales</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección de la mujer y su entorno frente al riesgo vital por nuevas agresiones.</li> <li>• Cadena de custodia e investigación policial.</li> </ul>	FF. CC. S. E. Policía judicial
<b>Actuaciones psico-sociales</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención psico-social especializada e inmediata para garantizar que la mujer recibe información, orientación, asesoramiento y acompañamiento emocional que faciliten la toma informada de decisiones durante la atención hospitalaria y reduzcan la victimización secundaria.</li> </ul>	Centro de Crisis 24 h. de referencia para la atención a mujeres víctimas de violencia sexual
<b>Continuidad asistencial</b>	
<b>Actuaciones</b>	<b>Actores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento y continuidad asistencial según necesidades.</li> <li>• Información/derivación recursos sociales.</li> </ul>	Atención Primaria Atención Especializada Recursos sociales

<sup>79</sup> Solo para mujeres de 16 o 17 años.

## XIX. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

Las obligaciones y responsabilidades que competen a las instituciones y organismos públicos en materia de violencia sexual están recogidas en tratados y convenios firmados y ratificados por el estado español, por una amplia jurisprudencia internacional, así como por otras normas nacionales, claves para garantizar los derechos que asisten a las víctimas y supervivientes de violencia sexual a nivel estatal, autonómico y municipal. A continuación, se muestra el marco legal y normativo fundamental para el presente protocolo.

- Real Decreto de 14 de setiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 35/1995 de ayuda a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
- 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.
- Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN.
- Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.
- Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul).
- Ley Orgánica 15/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima de delito.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto de 2018, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.



- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (CEDAW) y su Recomendación General No.35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer.
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.





ANEXOS

## ANEXO 1.

### TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DEFINICIONES

La mayor parte de las violencias sexuales se producen por miembros de la propia familia o personas allegadas con quienes la víctima, en este caso, la mujer, tiene una relación cercana, dentro de una supuesta «seguridad» del entorno, lo que dificulta su detección.

Hay dos formas fundamentales de ejercerse la violencia sexual, recogidas en nuestro código penal como «*Delitos contra la libertad sexual*»: la agresión y el acoso<sup>80</sup>:

#### Agresión sexual

Cualquier acto que atente **contra la libertad sexual** de una persona que se lleve a cabo sin su consentimiento.

A partir de esta definición genérica, se considerará agresión sexual (con relación a la población diana de este protocolo) aquellos **actos de contenido sexual que se lleven a cabo sin consentimiento de la mujer, empleándose violencia, intimidación o abuso**:

- De una situación de superioridad o de vulnerabilidad sobre la mujer;
- Sobre mujeres que se hallen privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare;
- Cuando la mujer tenga anulada por cualquier causa su voluntad.
  - Cuando la agresión sexual consista en el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, estaremos ante un tipo de agresión sexual tipificada por el Código Penal como **violación**.

#### Acoso sexual

Solicitud de favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, **continuada o habitual**, que provoque a la mujer una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

También se considera acoso cualquier comportamiento verbal o físico, de naturaleza sexual, que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona (en este caso, mujer), en particular, cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo<sup>81</sup>.

**La principal característica del acoso sexual es que es indeseado.** Corresponde a cada mujer determinar el comportamiento que le resulta aceptable y el que le es ofensivo.

<sup>80</sup> Según los artículos del 178 al 180 del Código Penal. A efectos de aplicación de este protocolo, las víctimas siempre son mujeres, con 16 o más años, que han sido agredidas o abusadas sexualmente. No es de aplicación para los casos de acoso sexual.

<sup>81</sup> Art. 7 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

### Agresión sexual por sumisión química<sup>82</sup>

La **sumisión química con fines sexuales** consiste en la **perpetración de un acto sexual en donde la víctima está bajo los efectos de una o varias sustancias psicoactivas que le provocan tener disminuida o anulada su voluntad y capacidad de reacción ante cualquier propuesta o acto sexual. En estas circunstancias no hay consentimiento válido de la mujer víctima.**

Existen tres tipos diferenciados:

- **Sumisión química PROACTIVA (sumisión química propiamente dicha).** El acto sexual se produce cuando queda anulada la voluntad de la víctima por suministro deliberado y encubierto, por parte del agresor, de una o varias sustancias psicoactivas.
- **Sumisión química OPORTUNISTA (vulnerabilidad química).** El acto sexual se produce cuando la mujer tiene anulada su voluntad por ingesta voluntaria de una o varias sustancias psicoactivas, circunstancia que es aprovechada por el agresor.
- **Sumisión química mixta.** Cuando confluyen la ingesta voluntaria de una o varias sustancias psicoactivas por la víctima con una administración encubierta por parte del agresor.

En la tabla 8 se exponen los principales signos y síntomas relacionados con la sumisión química:

Tabla 8.  
**Indicadores de sospecha en agresión sexual con sumisión química**

<b>Escenario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La víctima se encuentra desnuda o con la ropa desarreglada o rota.</li> <li>• Hay ropa u objetos (preservativos...) con posibles fluidos (semen...).</li> <li>• Relato de los hechos por la víctima o/y testigos / Ausencia de relato.</li> </ul>
<b>Anamnesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No recuerda ni reconoce el lugar.</li> <li>• Cree que ha podido sufrir agresión sexual.</li> <li>• ¿Posible consumo de sustancias tóxicas? Voluntario o no, ocasional o habitual.</li> </ul>
<b>Exploración Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Amnesia anterógrada / retrógrada.</li> <li>• Sedación.</li> <li>• Desorientación témporo-espacial.</li> <li>• Desinhibición.</li> <li>• Disartria.</li> <li>• Alteraciones visuales.</li> <li>• Alteraciones en la motricidad y el equilibrio. Mareos.</li> <li>• Constantes vitales (frecuencia cardiaca/respiratoria, tensión arterial).</li> <li>• Cualquier otro síntoma o signo que no corresponda con el tipo y cantidad de tóxico (p. ej. Alcohol) que refiera haber tomado de forma voluntaria.</li> <li>• Existencia de lesiones cutáneo/mucosas no justificables (evitar nueva victimización por exploraciones innecesarias).</li> <li>• Marcas, enrojecimientos, escozor, etc.</li> </ul>

<sup>82</sup> El término «*sumisión química*» es de uso generalizado en el ámbito de la medicina clínica. En doctrina legal y en el ámbito de la toxicología se utiliza «*delitos facilitados por sustancias*». Existe un protocolo específico, del Servicio Madrileño de Salud, que aborda esta cuestión: *Protocolo de Actuación ante la Sospecha de Sumisión Química*.

### Otras formas de VS

Existen otras formas de violencia sexual contra las mujeres recogidas en nuestro Código Penal que engloban la explotación de personas con fines de explotación sexual (trata)<sup>83</sup>, mutilación genital femenina<sup>84</sup>, matrimonio forzado y/o precoz, la inducción a la prostitución, etc.

Igualmente, otras prácticas de índole sexual como el *stealth* (esto es, en una relación consentida condicionada al uso de preservativo, durante la relación sexual el hombre se lo quita sin conocimiento ni consentimiento de la mujer), la masturbación obligatoria, etc., si bien no están recogidas expresamente en el Código Penal, son también formas de violencia sexual.

En cualquier caso y al igual que con el resto de las tipologías de violencia sexual, **corresponde a la autoridad judicial tipificar el delito, limitándose el personal sanitario a la descripción en la historia clínica de los hallazgos encontrados durante la exploración y análisis clínicos y la transcripción literal del relato de los hechos de la mujer víctima.**

<sup>83</sup> Enlace de acceso a la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <https://bit.ly/2wPhJ5a>

<sup>84</sup> Enlace de acceso a la intranet de la Consejería de Sanidad.



## ANEXO 2.

## INFORME DE ASISTENCIA SANITARIA URGENTE POR PRESUNTA AGRESIÓN SEXUAL (IASU)

Hospital.....

D./Dña .....

Colegiado/a nº:....., como médico del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad, adscrito al Servicio/Unidad ..... (tfno:.....)<sup>1</sup>,

### AL JUZGADO COMUNICA:

Que en el día de hoy, a las ..... horas, y en .....<sup>2</sup> asisto a la que dice llamarse: .....<sup>3</sup>, de ..... años, con domicilio en: .....<sup>4</sup>, con fecha de nacimiento: ..... y que se identifica con: .....<sup>5</sup> nº ....., por haber sufrido presuntamente un acto de agresión sexual consistente en .....<sup>6</sup> y que se ha procedido a la **activación del código VISEM**<sup>7</sup> por cumplirse **todos** los criterios establecidos para ello:

- Mujer de  $\geq 16$  años.
- Episodio de agresión sexual.
- Tiempo transcurrido desde que aconteció el episodio  $\leq 3$  días/72 h. ( $\leq 7$  días/168 h. en los casos de coito vaginal).
- Hay consentimiento previo para la activación del código VISEM sanitario.

Lo que pongo en conocimiento por el presente informe, con el fin de que se valore la activación urgente desde el Juzgado de aquellas medidas o recursos necesarios para la mejor atención a la víctima.

Según refiere la paciente, (señalar con una «x» las cuadrículas que corresponda)<sup>8</sup>:

- La mujer no sabe, no recuerda el lugar ni la hora del suceso
- El suceso tuvo lugar en..... a las..... horas del día .....
- La mujer conoce al autor de los hechos y su relación con él es:
  - Pareja actual
  - Ex pareja
  - Familiar, pariente
  - Amigo
  - Conocido
- El autor de los hechos convive con la mujer
- Fueron varios autores<sup>9</sup>

Con relación a la denuncia de los hechos:

- La mujer ya ha denunciado el suceso en dependencias policiales/guardia civil**
- La mujer desea formalizar denuncia**
- La situación clínica de la mujer no permite saber su deseo de formalizar denuncia por**<sup>10</sup> .....

Y para que así conste, firmo el presente en ..... a las ..... del .....<sup>11</sup>

FIRMA<sup>12</sup>

(ANVERSO)

ILMO SR. /SRA. MAGISTRADO/JUEZ DE GUARDIA



## ACLARACIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME

**La información necesaria para la cumplimentación de este informe debe obtenerse de la anamnesis realizada por el facultativo que atiende a la mujer.**

- (1) El teléfono que aquí se refleje debe ser el de contacto con el profesional que emite el IASU.
- (2) Indicar el lugar donde se produce la asistencia inicial.
- (3) Indicar nombre completo y dos apellidos.
- (4) Indicar calle, avda., plaza..., número y piso, municipio y código postal donde, en la actualidad, viva la mujer.
- (5) Indicar el tipo de documento que ha servido para identificar a la mujer: DNI, NIF, NIE, Pasaporte, Permiso de conducir.
- (6) En este espacio se debe **transcribir literalmente (con sus propias palabras) el relato de la mujer víctima** y con arreglo a él y al cuadro clínico que presente, especificar el tipo de agresión sexual ocurrido, según las siguientes tipologías no excluyentes:
  - Penetración (coito) anal, vaginal y/o bucal (felación).
  - Introducción de miembros corporales (excluido el pene) u objetos por vía vaginal y/o anal.
  - Cunnilingus, tocamientos, mordeduras.
  - Sospecha de sumisión química.
  - No especificada.
- (7) **Código VISEM**

La activación de este código supone la movilización y coordinación de los diferentes dispositivos sanitarios hospitalarios y extrahospitalarios implicados en la asistencia sanitaria urgente a una mujer que ha sufrido un episodio de agresión sexual por parte de un hombre, según un protocolo que establece el procedimiento a seguir.
- (8) En los casos en que ya se haya producido la denuncia en dependencias policiales, solo se señalará la cuadrícula que corresponda a dicha circunstancia.
- (9) Señalar esta casilla cuando la agresión sexual haya sido perpetrada por más de un hombre. Los autores pueden ser todos conocidos, desconocidos o unos sí y otros no.
- (10) En este espacio **se debe exponer el tipo de situación clínica** que impide saber, en el momento en que se desarrolla la atención sanitaria urgente, si la mujer víctima tiene deseo de interponer denuncia.
- (11) Fecha.
- (12) La firma corresponde al facultativo que realiza el comunicado al juzgado.

(REVERSO)



## ANEXO 3.

### ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS QUE ATIENDEN A LA VIOLENCIA SEXUAL (VS)

Las mujeres que han sufrido VS recibirán la misma atención y cuidados, al margen de las circunstancias de la violencia sexual y de su situación legal o social.

Los servicios de urgencias hospitalarios deben coordinarse adecuadamente con los otros servicios implicados en la atención a las mujeres víctimas.

Debe haber un plan para capacitar al personal de urgencias en la atención sanitaria a la VS.

El entorno de la acogida y asistencia debe ser seguro y privado.

El trabajo debe desarrollarse desde el respeto a los derechos de las mujeres víctimas.

El personal médico forense deberían ser mujeres, a menos que la mujer víctima especifique otra cosa.

Los y las forenses deben solicitar el consentimiento informado a lo largo de todo el proceso.

Todo el personal debe ser entrenado en confidencialidad, incluso con respecto a muestras y registros médicos.

Durante la exploración, tratamiento o asesoramiento solo debe estar presente:

- Personas cuya participación sea necesaria.
- Las personas que la mujer solicite para que estén con ella.

Los servicios de urgencias hospitalarios deben atender tanto a los daños físicos como a los emocionales.

A todas las mujeres víctimas de violencia sexual se les debe ofertar todas las opciones relacionadas con el tipo de violencia sufrida, incluida la anticoncepción de urgencia y cuando sea pertinente, la interrupción del embarazo.

Cualquier informe medicolegal no debe caducar para fines legales.

Cualquier informe médico solo debe ser realizado y entregado a las autoridades con el consentimiento de la mujer.

Fuente: Combating violence against women: minimum standards for support services. Council of Europe, 2008.



## ANEXO 4.

### MAYORÍA DE EDAD SANITARIA

Con la promulgación de 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 general, **toda persona con dieciséis años cumplidos goza de autonomía sanitaria.**

No obstante, la **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**, en su disposición final segunda, introduce cambios en el artículo 9 de la anterior ley, acotando la autonomía sanitaria en los siguientes términos:

*«3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:*

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación...*
- b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.*
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención...»*

A resultas de estas especificaciones, la autonomía sanitaria del menor queda como sigue:

*«4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado 3, no cabe prestar el consentimiento por representación.*

*No obstante de lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo».*

*«5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.»*



## ANEXO 5.

### LISTADO DE MATERIAL IMPRESCINDIBLE PARA PRACTICAR EL RECONOCIMIENTO MEDICOFORENSE Y OBTENCIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN LAS AGRESIONES SEXUALES

La siguiente relación incluye el material que se considera imprescindible para la obtención de muestras biológicas (y otras) de interés medicoforense. No se incluyen guantes de nitrilo, mascarillas ni similares por ser de uso habitual en el medio donde se llevan a cabo los reconocimientos.

#### Listado de material

1. Hisopos estériles, sin medio de cultivo, preferiblemente en envase de papel (si hay disponibilidad).
2. Sobres de papel de tres tamaños, uno de ellos grande que puede ser sustituido por una bolsa de papel.
3. Etiquetas adhesivas.
4. Bateas desechables (depósito de muestras hasta su embalaje).
5. Botes para orina/lavado vaginal 100-120 ml.
6. Suero fisiológico.
7. Botes para sangre con EDTA (sistema vacutainer o similar); dispositivo para la extracción.
8. Jeringuillas con sonda acoplada 50 ml. (lavado vaginal).
9. Ropa interior desechable.
10. Nevera con cerradura (para muestras ante sospecha de sumisión química)<sup>85</sup>.

<sup>85</sup> Según consta en el Protocolo de Actuación ante sospecha de Sumisión Química de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.



## ANEXO 6.

**FORMULARIO/ACTA DE TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS A VÍCTIMA  
CON CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INVESTIGACIÓN CRIMINAL****DATOS GENERALES**

Diligencias Previas/Sumario nº.....Juzgado:.....

Infracción criminal investigada:.....

Letrado:.....Colegiado nº.....

**Donante** de la muestra: .....**Representante legal** que autoriza la toma de muestras (en caso de personas con capacidad judicialmente modificada)

Nombre y apellidos:.....

DNI/Pasaporte/Documento identificador: ..... País: .....

Fecha y lugar de nacimiento:.....

Domicilio: .....

**DATOS DE LA TOMA DE MUESTRAS. CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO**

En ....., en las dependencias de.....  
sitas en....., siendo las ..... horas del día ..... de ..... de .....,  
se solicita **consentimiento** para proceder a la **toma de muestras biológicas** de carácter indubitado, en  
el marco de la investigación criminal de referencia, consistente en frotis bucal (MEDIANTE [X] HISOPOS  
ESTÉRILES) para la realización de **análisis de ADN** que proporcionen, exclusivamente, información  
genética reveladora de la identidad de la persona y de su sexo y la realización de **estudios comparativos**  
necesarios para las diligencias policiales y/o judiciales arriba referenciadas.

De acuerdo con la LO 10/2007, reguladora de las bases de datos policiales de ADN, así como la Ley  
Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos  
digitales y el Reglamento UE 2016/679, se proporciona la siguiente **información**:

**1º.** La **finalidad** policial y judicial para la que son realizadas la toma y el análisis de las muestras biológicas  
es la de identificar al autor de un delito, su puesta a disposición judicial, el esclarecimiento del delito y que  
la autoridad judicial en el proceso penal determine la responsabilidad del autor de los hechos delictivos o  
su inocencia.

**2º.** Las muestras tomadas respecto de las que deban realizarse análisis biológicos, **serán analizadas  
en los laboratorios debidamente acreditados** por la Comisión Nacional de Uso Forense del ADN,  
correspondiendo a la autoridad judicial pronunciarse sobre la ulterior conservación de dichas muestras o  
vestigios.

**3º.** Los datos y resultados obtenidos tras la realización de dichos análisis **podrán ser utilizados para  
identificación genética sobre ADN meramente identificador**, exclusivamente en la presente investigación.



**4º. El uso y la eventual cesión de datos** se ajustará a la normativa de aplicación y a la singular regulación de los ficheros en que se registre dicha información, en virtud de lo establecido en el art. 7 de la LO 10/2007, de modo que los datos contenidos en la base de datos objeto de esta Ley sólo podrán utilizarse por las Unidades de Policía Judicial de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como por las Autoridades Judiciales y Fiscales, en la investigación del delito que haya dado lugar a la investigación.

**5º. La cancelación** en la base de datos de los identificadores obtenidos a partir del ADN, se realizará según lo estipulado en el artículo 9 de la L.O. 10/2007 y conllevará la eliminación del perfil de ADN, datos personales y muestra obrante.

**6º. El afectado** podrá ejercer su derecho de **cancelación, rectificación, supresión, limitación y portabilidad de los datos**, en los casos y forma previstos en los arts. 12 a 18 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su regulación de desarrollo.

Los derechos de acceso, rectificación, y cancelación de datos pueden ejercitarse ante el Ministerio del Interior, Secretaría de Estado de Seguridad, calle Amador de los Ríos nº 2, 28071, Madrid.

**Informado de lo anterior**, PRESTA SU CONSENTIMIENTO expreso para:

- La obtención de muestra biológica, su análisis y cotejo en la investigación policial de referencia.

Fdo.: (persona a la que  
se le toma la muestra)

Fdo.: Representante legal  
(menor/capacidad modificada)

- La inclusión en la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN regulada en la LO 10/2007 y su uso y cesión para utilizarlos, exclusivamente en la investigación objeto de la toma de muestra.

Fdo.: (persona a la que  
se le toma la muestra)

Fdo.: Representante legal  
(menor/capacidad modificada)

En unión de:

Fdo.: El/La Médico Forense

Fdo.: El/La letrado/a de la  
Administración de Justicia



## ANEXO 7.

**RELACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS:  
TIPO, NÚMERO Y TIPO DE ANÁLISIS**

TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	TIPO DE ANÁLISIS
<b>ORINA</b>	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	MICROBIOLÓGICO
	1 frasco estéril con 30-100 ml de orina	QUÍMICO-TOXICOLÓGICO
<b>CONJUNTIVA (si exudado) (oftalmólogo)</b>	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
<b>ÚLCERAS ORO-LABIALES</b>	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
<b>HISOPOS BUCALES</b>	2 HISOPOS EN SECO	GENÉTICO (como muestra indubitada o dubitada)
<b>HISOPOS FARÍNGEOS (amígdalas, faringe posterior y zonas inflamadas o ulceradas)</b>	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
<b>LAVADO BUCAL</b>	1 TUBO CON EL LÍQUIDO DE LAVADO	GENÉTICO
<b>SUPERFICIE CORPORAL</b>	2 HISOPOS HUMEDECIDOS (de cada una de las zonas de interés)	GENÉTICO
<b>HISOPOS DE GENITALES EXTERNOS</b>	2 HISOPOS HUMEDECIDOS	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable) de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea	MICROBIOLÓGICO
<b>HISOPOS DE CÉRVIX</b>	2 HISOPOS EN SECO (cuando sea recomendable)	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable)	MICROBIOLÓGICO
<b>HISOPOS VAGINALES</b>	2 HISOPOS EN SECO (cuando sea recomendable)	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable)	MICROBIOLÓGICO
<b>LAVADO VAGINAL</b>	1 TUBO CON EL LÍQUIDO DE LAVADO	GENÉTICO
<b>HISOPOS RECTALES</b>	2 HISOPOS HUMEDECIDOS (cuando sea recomendable)	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable)	MICROBIOLÓGICO
<b>HISOPOS PERIANALES</b>	2 HISOPOS HUMEDECIDOS	GENÉTICO

TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	TIPO DE ANÁLISIS
<b>SANGRE VENOSA</b>	1 TUBO CON 2 ml de SANGRE con anticoagulante EDTA	GENÉTICO (solo en caso de sospecha de penetración bucal)
	1 TUBO CON 5 ml de SANGRE sin anticoagulante	HEMOGRAMA, BIOQUÍMICA Y TEST DE EMBARAZO
	1 TUBO CON 5 ml de SANGRE sin anticoagulante	MICROBIOLÓGICO
	1 TUBO CON 5 ml de SANGRE con anticoagulante EDTA 1 TUBO CON 5 ml de SANGRE con fluoruro sódico y oxalato potásico	QUÍMICO-TOXICOLÓGICO

## ANEXO 8.

## INVESTIGACIÓN DE SANGRE, SEMEN, SALIVA Y OTROS RESTOS CELULARES. IDENTIFICACIÓN GENÉTICA (MUESTRAS EXCLUSIVAMENTE POR PETICIÓN FORENSE)

TIPO DE MUESTRAS (*)	N.º DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
<b>MUESTRAS INDUBITADAS</b>		
HISOPOS BUCALES	2 hisopos en seco.	Frotando la zona interna de las mejillas. <b>Muestra NO RECOMENDADA en casos con sospecha de penetración bucal</b> , en los que se debe utilizar sangre venosa como muestra indubitada.
SANGRE VENOSA	5 ml de SANGRE en tubo con anticoagulante EDTA.	Muestra indubitada recomendada en casos con sospecha de penetración bucal.
<b>MUESTRAS DUBITADAS</b>		
HISOPOS BUCALES (o tarjeta FTA)	2 hisopos en seco.	Frotado la zona interna de las mejillas.
LAVADO BUCAL	1 tubo con el líquido de lavado.	Se debe realizar <b>DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS</b> . Se utilizan unos 5 ml de suero fisiológico.
SUPERFICIE CORPORAL (sugilaciones, mordeduras, manchas de fluidos...)	2 hisopos humedecidos de cada una de las zonas.	Limpiando todo el área de la zona de interés con los hisopos humedecidos con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológicos estériles.
UÑAS (RECORTES)	1 sobre con los recortes de uñas de la mano derecha. 1 sobre con los recortes de uñas de la mano izquierda.	Si las uñas se pueden cortar, se deben enviar todos los recortes de las uñas. También si hay uñas rotas.
UÑAS (HISOPOS)	2 hisopos humedecidos.	Si las uñas no se pueden cortar, se limpian con un hisopo humedecido con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico estériles todas las uñas de la mano derecha y con otro hisopo humedecido todas las uñas de la mano izquierda.



TIPO DE MUESTRAS (*)	N.º DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
HISOPOS DE GENITALES EXTERNOS (labios, clítoris, himen, fossa, horquilla...)	2 hisopos humedecidos.	Limpiando la superficie externa de todas las zonas de interés.
HISOPOS DE CÉRVIX	2 hisopos en seco.	Limpiando el área de interés.
HISOPOS VAGINALES	2 hisopos en seco.	Limpiando el área de interés. Si durante la exploración se encontrase algún <b>PELO</b> , debe recogerse para su estudio.
LAVADO VAGINAL	1 tubo con el líquido de lavado.	Se debe realizar <b>SIEMPRE DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS</b> (tanto los recogidos para el análisis genético como para el microbiológico). Se utilizan unos 5 ml de suero fisiológico.
HISOPOS PERIANALES	2 hisopos humedecidos.	Limpiando la superficie externa de todas la zona de interés.
HISOPOS RECTALES	2 hisopos humedecidos.	Limpiando el área de interés.
ROPA INTERIOR	BRAGA/SUJETADOR.	Se recoge la ropa interior de la víctima empaquetando cada prenda por separado.
ROPA DE VESTIR		SI SE CONSIDERA DE INTERÉS, empaquetando cada una de las prendas por separado.
Otras muestras de interés forense	PRESERVATIVOS, SALVASLIPS, CHICLES (en felación reciente), etc.	SI SE CONSIDERA DE INTERÉS, empaquetando cada una de las muestras por separado.

(\*) Las muestras bucales, anales y de superficie corporal en localizaciones extragenitales deben ser obtenidas en los 3 primeros días de haber sucedido los hechos. El resto de muestras se pueden tomar hasta 7 días después.

## ANEXO 9.

## CONSERVACIÓN DE MUESTRAS HASTA SU ENVÍO A LABORATORIO (PERIODOS CORTOS DE TIEMPO)

TIPO DE MUESTRAS	Congelación (- 10 °C)	Refrigeración (2-8 °C) (< 25 % humedad)	Temperatura controlada (15,5-24 °C) (< 60 % humedad)	Temperatura ambiente
Sangre venosa	NUNCA	MEJOR	< de 24 horas	
Hisopos bucales indubitados		MEJOR		
Lavados		MEJOR		
Muestras con manchas biológicas secas (ropas...)			MEJOR	ACEPTABLE
Hisopos empaquetados en papel o cartón		MEJOR (si están húmedos)	MEJOR (si están secos)	
Hisopos empaquetados en dispositivos con sistema de autosecado		MEJOR		

## ANEXO 10.

## INVESTIGACIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. MUESTRAS CLÍNICAS QUE ANALIZAR EN EL HOSPITAL

### MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina.	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción.	Urocultivo. Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> .
CONJUNTIVA (SI EXUDADO)	2 hisopos en medio Amies.	De la parte inferior del párpado. Conveniencia de que el paciente sea examinado por un oftalmólogo.	Investigación de <i>C. trachomatis</i> .
ÚLCERAS ORO-LABIALES	2 hisopos en medio Amies.	Lavado previo con suero fisiológico estéril e hisopado de la base.	Investigación de sífilis, VHS.
HISOPOS FARÍNGEOS (SI PENETRACIÓN BUCAL)	2 hisopos en medio Amies.	Frotando vigorosamente las amígdalas, faringe posterior y zonas inflamadas o ulceradas, recogiendo cualquier posible exudado. <b>RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS BUCALES (MUESTRA INDUBITADA) Y ANTES QUE EL LAVADO BUCAL.</b>	Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> .
GENITALES EXTERNOS (introito, labios, clítoris, himen, fossa, horquilla...) Y ZONA PERIANAL	2 hisopos en medio Amies.	<p>a) Limpiando genitales externos y recogiendo cualquier posible exudado de genitales externos. <b>SI HAY MUCHO EXUDADO, SE RECOGERÁ ANTES QUE LOS DOS HISOPOS DESTINADOS A LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.</b></p> <p>b) Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: Lavado previo con suero fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: Romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base.</p>	<p>a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS<sup>a</sup>.</p> <p>b) Investigación específica de sífilis, VHS<sup>b</sup>, VPH<sup>c</sup>.</p>

## MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

(continuación)

TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
HISOPOS DE CÉRVIX	2 hisopos en medio Amies.	Frotando el cuello de útero previa limpieza de secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. <b>RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.</b>	a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS <sup>a</sup> . b) Si úlceras: Investigación específica de VHS y sífilis.
HISOPOS VAGINALES	2 hisopos en medio Amies.	Recoger el exudado de la zona donde este sea más abundante, o en su caso, del fondo de saco vaginal posterior. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. <b>RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.</b>	a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS <sup>a</sup> . b) Si úlceras: Investigación específica de VHS <sup>b</sup> y sífilis.
HISOPOS RECTALES	2 hisopos en medio Amies.	Introducir a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las criptas rectales durante unos segundos. Evitar contacto con materia fecal.	Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> .
SANGRE VENOSA	1 tubo de sangre sin anticoagulante: 5 ml.	Sin anticoagulante. Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días).	Serología de sífilis, VHS <sup>b</sup> , VIH <sup>d</sup> , hepatitis <sup>e</sup> : VHA, VHB, VHC.
OTRAS LOCALIZACIONES		Valorar presencia de <i>Phthirus pubis</i> en pestañas/vello púbico.	

<sup>a</sup> La investigación específica de patógenos causantes de ITS, tal como se indica en la tabla (cultivo y/o análisis moleculares) debe incluir a los siguientes: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum* (responsable de la sífilis) y *Haemophilus ducreyi*. En la tabla no se incluye de manera específica el tipo de investigación a realizar ya que esta puede variar en función del tipo de muestra y de la edad. Además, se debe incluir el cultivo de otros patógenos responsables de infecciones genitales, que se pueden transmitir por vía sexual, aunque no sean específicos de ITS (*Candida spp.*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*, algunas enterobacterias, etc.). El resto de patógenos causantes de ITS se investiga mediante serología.

<sup>b</sup> VHS: Virus herpes simple.

<sup>c</sup> VPH: Virus del papiloma humano.

<sup>d</sup> VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

<sup>e</sup> VHA: Virus hepatitis A. VHB: Virus hepatitis B. VHC: Virus hepatitis C.

## ANEXO 11.

## ANÁLICAS E INVESTIGACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN CASOS DE SOSPECHA DE DELITOS FACILITADOS POR SUSTANCIAS

TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
<b>MUESTRAS PARA ANÁLISIS HEMATOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS</b>			
<b>SANGRE VENOSA</b>	<b>1 tubo de sangre sin anticoagulante: 5 ml.</b>	Sin anticoagulante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Determinación grupo sanguíneo y RH.</li> <li>b) Hemograma y bioquímica, para valorar funciones hepática y renal. Importante si se decide emplear antirretrovirales.</li> <li>c) Test de embarazo.</li> </ul>
<b>ORINA</b>	<b>1 frasco estéril con 5-10 ml de orina.</b>	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción.	d) Test de embarazo.
<b>MUESTRAS PARA ANÁLISIS BIOQUÍMICOS Y TOXICOLÓGICOS</b>			
<b>SANGRE VENOSA</b>	<b>2 tubos de sangre de 5 ml cada uno.</b>	Un tubo con fluoruro sódico (2,5 g/l) y oxalato potásico (2 g/L) y un tubo con EDTA, desinfectando la piel, evitando utilizar etanol u otros disolventes con fracciones volátiles y procurando llenar los tubos al máximo para evitar en la medida de lo posible, la formación de una cámara de aire. Homogeneizar los tubos. Mantener en frío desde ese momento.	Screening de tóxicos y drogas de abuso.
<b>ORINA</b>	<b>1 frasco estéril con 30-100 ml de orina.</b>	Recoger 30-100 ml de orina. Mantener en frío. Congelar si va a tardar en ser analizada.	Tóxicos en orina (si sospecha de su uso).
<b>CABELLO</b>	<b>Un mechón de grosor similar a un bolígrafo.</b>	Recoger a partir de la cuarta/ quinta semana de la agresión a partir de zona occipital cortando lo más cerca posible del cuero cabelludo.	Valorar exposición retrospectiva a un tóxico.

## ANEXO 12.


**INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA  
Y CIENCIAS FORENSES**
**FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS Y MUESTRAS EN CASOS  
DE AGRESIÓN SEXUAL CONTRA LA MUJER**

Juzgado:.....D.P./S°.....

**DATOS DE LA VÍCTIMA**

<b>NOMBRE (O CÓDIGO):</b>			<b>EDAD:</b>
<b>GRUPO POBLACIONAL</b>	<input type="checkbox"/> Caucasoide	<input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Asiático
			<input type="checkbox"/> Otro
<b>ANTECEDENTES PERSONALES:</b>			

**TIPO DE AGRESIÓN**

<b>Penetración (coito)</b>	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Bucal	<input type="checkbox"/> Anal
<b>Introducción objetos o miembros corporales (no pene)</b>	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Anal	
<b>Otros</b>	<input type="checkbox"/> Cunnilingus	<input type="checkbox"/> Tocamientos	<input type="checkbox"/> Mordeduras
<b>No especificado</b>			

**DATOS DE LA AGRESIÓN**

Lugar de los hechos.	
Fecha y hora de los hechos.	
Fecha y hora de la toma.	
Tiempo transcurrido entre los hechos y la toma (cuando no se conocen las fechas).	
Número de agresores.	
Si hubo uso de preservativos.	
Si hubo eyaculación (indicar si ha sido interior o exterior).	



Relaciones sexuales próximas a la agresión, previas y posteriores (especificar: tipo, fecha, hora...).	
Si la víctima se lavó antes del reconocimiento.	
Si la víctima lleva la misma ropa de cuando sufrió la agresión.	
Relación de parentesco víctima-sospechoso.	
Si el o los sospechosos están vasectomizados o son azoospermicos.	
Si hay lesiones sangrantes (víctima / sospechoso).	
Datos del reconocimiento ginecológico/general que puedan ser de interés.	
Otros datos que se consideren de interés.	

#### RELACIÓN DE MUESTRAS A ANALIZAR QUE SE RECOGEN

(Señalar con una X las que procedan)

CÓDIGO	MUESTRA	Nº DE HISOPOS	ANÁLISIS SOLICITADO (semen, sangre, saliva, otros-detallar)
	<input type="checkbox"/> Toma bucal		
	<input type="checkbox"/> Toma cervical		
	<input type="checkbox"/> Toma vaginal		
	<input type="checkbox"/> Toma genitales externos		
	<input type="checkbox"/> Toma anal		
	<input type="checkbox"/> Toma margen anal		
	<input type="checkbox"/> Toma superficie corporal		
	<input type="checkbox"/> Lavado vaginal		
	<input type="checkbox"/> Lavado bucal		
	<input type="checkbox"/> Raspado interior/corte de uñas		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		



**CADENA DE CUSTODIA**

Fecha, hora y lugar de la toma de muestras:	
Condiciones de almacenaje de las muestras antes de su envío:	
Personas que han realizado la toma de muestras (nombre y apellidos y rol profesional):	
Firmado por :	Teléfono de contacto:
Firma (de todas las personas que han intervenido)	

## ANEXO 13.

**INFORME MÉDICO DE MALOS TRATOS/AGRESIÓN****1. Datos de filiación de la víctima**

a) Nombre y Apellidos: .....

b) Fecha de nacimiento: .....

**2. Exposición de los hechos que motivan la asistencia**

Con relación al maltrato/agresión y según el relato de la víctima:

a) Fecha: .....

b) Hora: .....

c) Lugar: .....

d) Tipo de agresión sufrida (física, psíquica...) .....

**3. Antecedentes personales de interés** (en relación con las lesiones)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Exploración emocional actual** (detallando como se encuentra la víctima)

.....

.....

.....

.....

.....

.....



5. **Exploración física** (descripción de las lesiones, sin olvidar la data si fuera posible). Señalar con una cruz la localización de las lesiones<sup>86</sup>

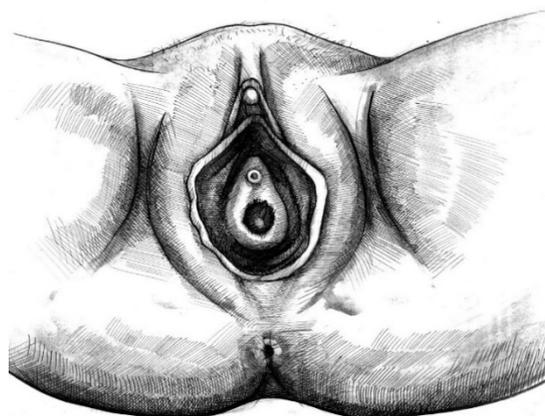
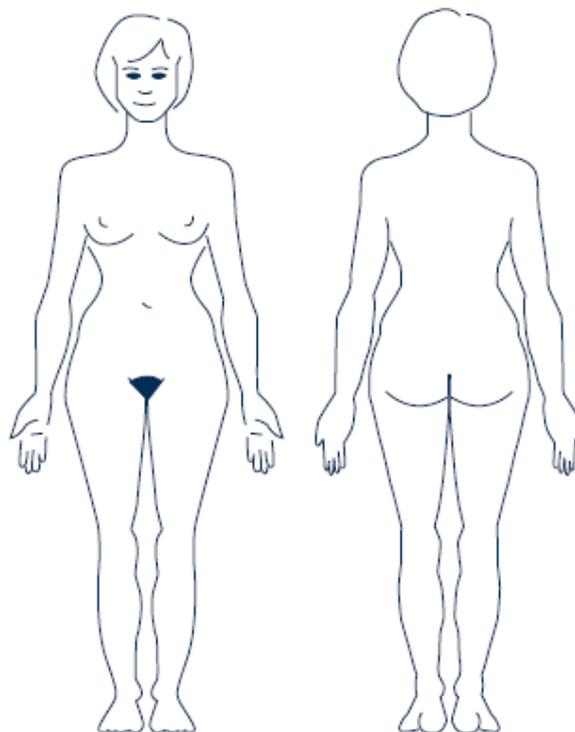
.....

.....

.....

.....

.....



<sup>86</sup> La figura de la mujer (de frente y de espaldas) está tomada del Protocolo de Actuaciones Sanitarias ante los Malos Tratos del Gobierno de Cantabria (ver bibliografía).

**6. Diagnóstico**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**7. Tratamiento**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Plan de actuación y observaciones**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Fecha y firma**



## ANEXO 14.

### HOJA INFORMATIVA SOBRE CÓMO ES LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO AGRESIÓN SEXUAL

Para facilitarle todo lo posible el paso por el **servicio de urgencias del hospital**, le proporcionamos la siguiente información:

- **Va a estar en un lugar donde en todo momento ESTÁ GARANTIZADA SU SEGURIDAD E INTIMIDAD**
  - Se le facilitará una sala de espera acondicionada para tal fin.
  - Si da su consentimiento, se avisará telefónicamente a un servicio especializado en la atención a víctimas de violencia sexual (Centro de Crisis) para que reciba orientación, apoyo y asesoramiento.
- **PODRÁ ESTAR ACOMPAÑADA POR LA PERSONA QUE USTED DECIDA**
- **Se le preguntará SI QUIERE O TIENE INTENCIÓN DE DENUNCIAR LOS HECHOS, pues la atención sanitaria que reciba será diferente según su decisión.** La denuncia la puede realizar en el propio hospital o bien más adelante, en una comisaría o puesto de la guardia civil.

**SER ATACADA SEXUALMENTE ES UN DELITO  
DENUNCIARLO ES UN DERECHO, NO UNA OBLIGACIÓN**

**SI QUIERE DENUNCIAR**, tiene intención de hacerlo más adelante o por ahora **no sabe qué hacer**:

- **Si da su consentimiento**, se avisará a la policía judicial, que le tomará declaración.
- **Si NO da su consentimiento** para que se avise a la policía judicial, podrá realizar la denuncia más adelante, en dependencias policiales o de la guardia civil.
- **Se informará al juzgado de guardia para que tenga conocimiento de los hechos y**, si el juez lo considera pertinente, **envíe al médico/a forense** para que recoja evidencias y muestras para la investigación del delito.
- Se le tomarán muestras corporales. La toma de muestras es muy importante porque aumenta las probabilidades de que si, ahora o más adelante, desea denunciar, se pueda probar la agresión sufrida e identificar al autor/autores del delito. La validez de las muestras disminuye con el tiempo, por ello **es muy importante** realizar la recogida cuanto antes y que:
  - **NO SE LAVE O LIMPIE NINGUNA PARTE DE SU CUERPO.**
  - **EVITE IR AL BAÑO** (no debe orinar, defecar ni tirar compresas, tampones o salvasilip).



- NO SE CEPILLE EL CABELLO NI SE CAMBIE DE ROPA.
- NO TOME ALIMENTOS O BEBIDAS.
- NO FUME.

#### SI ESTÁ SEGURA DE QUE NO QUIERE DENUNCIAR:

- No se dará aviso a la policía judicial ni comparecerá el médico forense.
- No se investigará el delito ni se perseguirá al agresor.

#### TANTO SI DECIDE DENUNCIAR COMO SI NO QUIERE HACERLO:

- **RECIBIRÁ ATENCIÓN SANITARIA POR PERSONAL ESPECIALIZADO** para lo cual:
  - **Se le harán algunas preguntas** necesarias para su correcta atención. **Sus respuestas serán confidenciales**, por lo que, salvo las personas implicadas en su atención sanitaria, **nadie podrá acceder a ellas**.
  - Se le explicará cada paso a realizar y **se solicitará su consentimiento** para todas las pruebas/exploraciones (físicas y psicológicas) que sea preciso efectuar.
  - **Se le harán las curas de sus lesiones y los tratamientos necesarios**.
  - **En ningún momento se la juzgará**.

**NO TEMA PREGUNTAR AL PERSONAL SANITARIO QUE LE ATIENDA  
TODAS LAS DUDAS QUE LE SURJAN**

## ANEXO 15.

**RELACIÓN DE HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID  
COMPETENTES PARA LA ASISTENCIA URGENTE A MUJERES  
VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL****Hospitales con urgencias de ginecología y psiquiatría, 24 horas, todos los días:**

- **Madrid capital**
  - H. U. La Paz
  - H. U. Ramón y Cajal
  - H. U. Infanta Leonor
  - H. G. U. Gregorio Marañón
  - H. Central de la Defensa Gómez Ulla
  - H. U. 12 de Octubre
  - H. Clínico San Carlos
  - H. Fundación Jiménez Díaz
- **Alcalá de Henares**
  - H. U. Príncipe de Asturias
- **Alcorcón**
  - H. U. Fundación Alcorcón
- **Arganda del Rey**
  - H. U. del Sureste
- **Majadahonda**
  - H. U. Puerta de Hierro
- **Fuenlabrada**
  - H. U. Fuenlabrada
- **Getafe**
  - H. U. Getafe
- **San Sebastián de los Reyes**
  - H. U. Infanta Sofía
- **Móstoles**
  - H. U. Rey Juan Carlos
  - H. U. Móstoles
- **Leganés**
  - H. U. Severo Ochoa
- **Coslada**
  - H. U. del Henares
- **Parla**
  - H. U. Infanta Cristina
- **Collado-Villalba**
  - H. G. de Villalba
- **Torrejón de Ardoz**
  - H.U. de Torrejón

**Hospitales con urgencias de ginecología, 24 horas, todos los días:**

- **San Lorenzo de El Escorial**
  - H. de El Escorial. Deriva al H.U. Puerta de Hierro las urgencias de psiquiatría
- **Valdemoro**
  - H. U. Infanta Elena. Deriva a H.U. Rey Juan Carlos las urgencias de psiquiatría
- **Aranjuez**
  - H. U. del Tajo. Deriva al H.U. 12 de Octubre las urgencias de psiquiatría



## ANEXO 16.

### LISTADO DE TELÉFONOS, SITIOS WEB Y CENTROS PARA RECIBIR INFORMACIÓN Y ATENCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA SEXUAL

#### Servicios de información y/o asistencia:

##### Teléfono 012 Mujer

El 012 es un servicio de información y atención 24 h. multicanal de la Comunidad de Madrid a los ciudadanos para solicitar información general y especializada sobre los servicios públicos madrileños y la gestión de determinados trámites administrativos.

##### Teléfono 016

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género.

##### Teléfono 112

Emergencias de la Comunidad de Madrid.

##### <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/>

Portal de información a la ciudadanía de la Comunidad de Madrid.

#### Servicios de asistencia especializada:

##### Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual (CIMASCAM)

Centro público y gratuito perteneciente a la Red de Atención Integral para la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. Presta atención jurídica, psicológica y social a mujeres mayores de edad que han sufrido cualquier tipo de violencia sexual en cualquier momento de su vida, ejercida por cualquier agresor y en cualquier ámbito.

Dirección y contacto: C/ Pedro Muguruza, 1, 1º. Madrid.

Telf.: 915 340 922



### Centro de crisis 24 horas, «Pilar Estébanez», para la atención a mujeres víctimas de violencia sexual

Centro público y gratuito vinculado al Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social del Ayuntamiento de Madrid. Se trata de un servicio social de atención especializada a mujeres mayores de edad o menores acompañadas por su representante legal, que hayan vivido un intento o una situación de violencia sexual reciente o pasada, o que tengan sospecha de haberla sufrido. El servicio cuenta con un equipo profesional especializado, de carácter multidisciplinar, integrado por profesionales del ámbito social, psicológico y jurídico, además de soporte administrativo y servicio de mediación intercultural.

Teléfono gratuito 24 h/365 d.: 900 869 947.

Sitio web: <https://cutt.ly/ArOtjdZ>

### Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (PMORVG)

Espacios de atención especializada constituidos para abordar la prevención de la violencia de género y la atención de las víctimas.

### Oficinas de Asistencia a Víctimas de Delitos

Son un Servicio Público y Gratuito prestado por la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015 de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito.

La población objeto de intervención comprende **víctimas** directas e indirectas de cualquier delito violento, como violencia de género, maltrato familiar (sobre menores, mayores, etc.), agresiones sexuales, lesiones y amenazas, acoso escolar, laboral y/o sexual, robos con violencia, intentos de homicidio, etc., y que estén **inmersas o no, en un procedimiento judicial**.

Este Servicio Judicial adscrito al Decanato de los Juzgados de Madrid, está compuesto por dos Equipos Técnicos formados cada uno por un Psicólogo/a y una Trabajadora Social. Tiene oficinas de atención en Madrid, Aranjuez, Coslada, Fuenlabrada, Leganés y Móstoles.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/justicia/oficinas-atencion-victimas-delito>

# ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS

- **ADN:** Ácido desoxirribonucleico.
- **CE-112:** Centro de Emergencias 112.
- **CM:** Comunidad de Madrid.
- **CNUFADN:** Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN.
- **D.G.:** Dirección General.
- **EDTA:** Ácido etilendiaminotetracético.
- **FF. CC. S. E.:** Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Guardia Civil, Policía Nacional).
- **H.G.:** Hospital general.
- **H.G.U.:** Hospital general universitario.
- **H.U.:** Hospital universitario.
- **IASU:** Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual.
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- **SAMUR-PC:** Servicio de Asistencia Municipal de Urgencias y Rescates – Protección Civil.
- **SUH:** Servicio de Urgencias Hospitalario.
- **SUMMA 112:** Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid.
- **VHB:** Virus de la hepatitis B.
- **VHC:** Virus de la hepatitis C.
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- **WISEM:** Violencia sexual contra la mujer.
- **VS:** Violencia sexual.



# BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Liz Kelly, R. *Combating violence against women: minimum standards for support services*. Council of Europe. Strasbourg, 2008. Disponible en <https://bit.ly/2grWcZv>
- OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS, 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2A3heaY>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. Colección contra la violencia de género. Documentos nº22. Disponible en: <https://bit.ly/21HCnJz>
- Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2019. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2019. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, n.º 1. Volumen 26. Enero-febrero 2021. Disponible en: [www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico/](http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico/)
- Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonogo M, Zorrilla B, Pires M, Lasheras, Anes A, Lourido P, Romero I, Polo C. Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2014. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Madrid 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. 2012. Disponible en: <https://bit.ly/2sBqNHU>
- Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Hospital Clínico San Carlos. Comisión contra la Violencia. *Guía de Detección Clínica de la sumisión química*. 2016.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. *Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales*. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2sCvxwX>
- Servicio Canario de Salud. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. *Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria*. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2sD9IDf>
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. *Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género*. 2007. Disponible en: <https://bit.ly/2M8uddE>
- Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. *Violencia de pareja hacia las mujeres: guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios*. 2013. Disponible en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017382.pdf>
- American College of Emergency Physician. *Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient*. 2014. Disponible en <https://bit.ly/37GTOFx>



**World Health Organization.** *World report on violence and health.* 2015. Disponible en <https://bit.ly/2kUVnID>

**World Health Organization.** *Understanding and addressing violence against women. Sexual Violence.* (2013). Disponible en <https://bit.ly/2HpnLzj>

**Lasheras Lozano, María Luisa, Pires Alcaide Marisa (coord.).** La violencia contra las Mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Documento Técnico 86. Comunidad de Madrid. Madrid; 2003. Disponible en <https://bit.ly/2zQT03B>

**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.** Protocolo de Actuación ante la Sospecha de Sumisión Química. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud; 2018.

**Gerencia del Área de Salud de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud), Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina de Badajoz.** *Guía de actuación en urgencias del complejo hospitalario universitario de Badajoz en casos de violencia de género.* Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Junta de Extremadura. Universidad de Extremadura. Disponible en: [GUIA\\_DE\\_ACTUACION\\_EN\\_URGENCIAS\\_DEL\\_COMPLEJO\\_HOSPITALARIO\\_UNIVERSITARIO\\_DE\\_BADAJEZ\\_EN\\_CASO\\_DE\\_VIOLENCIA\\_DE\\_GENERO.pdf](http://GUIA_DE_ACTUACION_EN_URGENCIAS_DEL_COMPLEJO_HOSPITALARIO_UNIVERSITARIO_DE_BADAJEZ_EN_CASO_DE_VIOLENCIA_DE_GENERO.pdf) (juntaex.es).

**Sánchez Movellán, M et al.** *Violencia Contra las Mujeres. Protocolo de Actuaciones Sanitarias ante los Malos Tratos.* 2.ª ed. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2007.

## BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE LOS ANÁLISIS GENÉTICOS FORENSES

### Sobre la toma de muestras

**Grupo Español Portugués de la Sociedad Internacional Genética Forense (GEP-ISFG).** *Recomendaciones para la recogida y envío de muestras con fines de identificación genética.* 2000. <https://bit.ly/2MNL7xz>

**Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Viena.** *Directrices para el Análisis Forense de Sustancias que Facilitan la Agresión Sexual y otros actos Delictivos.* Viena: Sección de Servicios en Inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas en Viena; 2013. Accesible en: [https://www.unodc.org/documents/scientific/Rape\\_Drugs\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Rape_Drugs_Spanish.pdf)

**Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF).** Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban *las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.* <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>



### Sobre persistencia de espermatozoides

- Morrison AI.** Persistence of spermatozoa in the vagina and cervix. *Br J Venereal Dis.* 1972 Apr; 48(2):141-3
- Silverman EM, Silverman AG.** Persistence of spermatozoa in the lower genital tracts of women. *JAMA.* 1978 Oct 20; 240(17):1875-7
- Willot GM, Allard JE.** Spermatozoa-Their persistence after sexual intercourse. *Forensic Sci Int.* 1982 Mar-Apr; 19(2):135-54
- Randall B.** Persistence of vaginal spermatozoa as assessed by routine cervicovaginal (Pap) smears. *J Forensic Sci.* 1987 May; 32(3):678-83
- Collins KA, Bennett AT.** Persistence of spermatozoa and prostatic acid phosphatase in specimens from deceased individuals during varied postmortem intervals (2001) *Am J Forensic Med Pathol.* 2001 Sep; 22(3):228-32
- Mayntz-Press KA, Sims LM, Hall A, Ballantyne J.** Y-STR profiling in extended interval (> or = 3 days) postcoital cervicovaginal samples. *J Forensic Sci.* 2008 Mar; 53(2):342-8.
- Quarino L and Kishbaugh J.** The utility of Y-STR profiling in four, six and eight day postcoital vaginal swabs. *Med Sci Law* 2012 Apr; 52(2):81-8
- Schmidt Astrup B, Lange Thomsen J, Lauritsen J, Ravn P.** Detection of spermatozoa following consensual sexual intercourse. 2012. *Forensic Sci Int.* 10; 221(1-3):137-41.
- Jacot TA, Zalenskaya I, Mauck C, Archer DF, Doncel GF.** TSPY4 is a novel sperm-specific biomarker of semen exposure in human cervicovaginal fluids; potential use in HIV prevention and contraception studies. *Contraception.* 2013 Sep; 88(3):387-95
- Hanson EK and Ballantyne J.** A Y-short tandem repeat specific DNA enhancement strategy to aid the analysis of late reported (>6 days) sexual assault cases. *Med Sci Law* 2014 Oct; 54(4):209-18

### Sobre persistencia de otros indicios biológicos

- Kenna, J, Smyth M, McKenna L, Dockery C, McDermott SD.** The recovery and persistence of salivary DNA on human skin. *J. Forensic Sci* 2011 Jan; 56(1):170-5
- Flanagan N, McAlister C.** The transfer and persistence of DNA under the fingernails following digital penetration of the vagina. *Forensic Sci Int Genet* 2011 Nov 5(5):479-83
- Sween KS, Quarino LA, Kishbaugh JM.** Detection of Male DNA in the vaginal cavity after digital penetration using Y-Chromosome short tandem repeats. *J Forensic Nurs.* 2015 Jan-Mar; 11(1):33-40

### Sobre la conveniencia de la realización de la investigación de semen en centros especializados en el análisis forense

- Cavness S, Choudhury A, Sensabaugh G.** Hospital wet mount examination for the presence of sperm in sexual assault cases is of questionable value. *J Forensic Sci.* 2014 May; 59(3):729-34









**Comunidad  
de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD