



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PROPUESTA DE ACUERDO POR EL QUE SE APRUEBA EL PROTOCOLO COMÚN DEL SNS PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL 2023

Se propone al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud un Acuerdo por el que se aprueba el Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023.

El referido Protocolo se incluye como anexo.

Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023

© 2023 Ministerio de Sanidad

Versión del documento: Pre-edición

NIPO XXX-XX-XXX-X

[código pendiente de asignación por el programa editorial del Ministerio de Sanidad]

Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.

Pilar Aparicio Azcárraga. Directora General

COORDINACIÓN TÉCNICA DE LA GUÍA

Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM. DGSP. Ministerio de Sanidad)

Rosa M. López Rodríguez. Directora de Programas.

Ignacio Rucandio Alonso. Técnico Superior Externo (Tragsatec)

Ana Sánchez González. Apoyo administrativo

Cristina Mateos Casado. Apoyo técnico (externo)

Isabel Soriano Villarroel. Apoyo Técnico (externo)

Andrea González. Apoyo Técnico (externo)

GRUPO TÉCNICO. PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN SANITARIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO

Irene Fuentes Caro (Andalucía)

Ignacio Sánchez-Barranco Vallejo (Andalucía)

María Jesús Campos Aguilera (Andalucía)

María Elena Delgado Palomar (Aragón)

María Isabel Cano del Pozo (Aragón)

Inés Zamanillo Rojo (Asturias)

Regina Muntaner Fernández (Baleares)

Dolores Demetrio Amador (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

Lydia Salvador Sánchez (Castilla y León)

Sagrario Rubio Flores (Castilla La Mancha)

María Peña Díaz jara (Castilla La Mancha)

Aurora Sánchez González (Castilla La Mancha)

Álvaro David Chico Chamarro (Castilla La Mancha)

Vicenta Escribá Agüir (C. Valenciana)

Palmira Muñoz Muñoz (C. Valenciana)

Sonia Alcover Giménez (C. Valenciana)

Susana Castan Cameo (C. Valenciana)

María Cecilia Puerto Hernández (Extremadura)

Mar de la Peña Cristiá (Galicia)

María del Carmen Balboa Salgado (Galicia)

Josefina Monteagudo Romero (Galicia)

Teresa Calabuig Martínez (Galicia)

Carmen Moreno Pérez (Madrid)

María Luisa Pires Alcaide (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)

María Teresa Paino Ortuza (País Vasco)

Miren Josune Ziarrusta (País Vasco)

María Antonia Aretio Romero (Rioja, La)

Rosa María Ortega Montero (INGESA)

María del Carmen Ruiz Rodríguez (Ceuta)

Francisco José Aguilar González (Melilla)

Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII)

María Ángeles Rodríguez Arenas (Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII)

Isabel Ruiz Pérez (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Belén Gallo García (DGVG. Ministerio de Igualdad)

María Jesús Rodríguez-Bobada González del Campo (Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad)

Carlos Bruquetas Callejo (Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad)

OTRAS PERSONAS EXPERTAS

Carmen Fernández Alonso (Médica AP. Diseño, implementación y evaluación de la Formación de profesionales de los servicios sanitarios en materia de Violencia de Género)

Jorge González Fernández (Médico-Forense. Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja)

Marta Grijalba Mazod (Médica-Forense. Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la especialidad de MLYF)

Yolanda Gutiérrez García (Fiscal. Asesora de la Dirección General para el Servicio Público de la Justicia. Ministerio de Justicia)

Bárbara Tardón Recio (Doctora en estudios Interdisciplinarios de Género. Experta en violencia sexual y de género contra las mujeres. Gabinete. Ministerio de Igualdad)

COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (COVIGE) DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CISNS)

Comunidades Autónomas. Servicios de Salud

Jorge del Diego Salas (Andalucía)

María Elena Delgado Palomar (Aragón)

Inés Zamanillo Rojo (Asturias)

Regina Muntaner Fernández (Baleares)

Rita Tristancho Ajamil (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

María Teresa Marín Rubio (Castilla La Mancha)

Lydia Salvador Sánchez (Castilla y León)

Anna Mompert Penina (Cataluña)

Julio Máñez Prats (C. Valenciana)

María Pilar Guijarro Gonzalo (Extremadura)

Mar de la Peña Cristiá (Galicia)

María Dolores Moreno Molino (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)

Itziar Laritgoitia Jauregui (País Vasco)

M^a Antonia Aretio Romero (Rioja, La)

Malika Al-lal Haddu (Ceuta)

José María Sánchez Romero (Ceuta)

María de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

María José Gemar Arjona (INGESA)

Rosa María Ortega Montero (INGESA)

Ministerio de Sanidad

Silvia Calzón Fernández (Ministerio de Sanidad)

Pilar Aparicio Azcárraga (Ministerio de Sanidad)

Rosa María López Rodríguez (Ministerio de Sanidad)

Yolanda Agra Varela (Ministerio de Sanidad)

María Soledad Justo Gil (Ministerio de Sanidad)

Ministerio de Igualdad

María Victoria Rosell Aguilar (DGVG. Ministerio de Igualdad)

Belén Gallo García (DGVG. Ministerio de Igualdad)

Ana Varela Mateos (Instituto de las Mujeres. INMUJERES. Ministerio de Igualdad)

María Antonia Morillas González (Instituto de las Mujeres. INMUJERES. Ministerio de Igualdad)

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	10
2. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y PRINCIPIOS RECTORES	12
2.1. OBJETIVOS	12
2.2. Alcance. Ámbitos asistenciales y perfiles profesionales	13
2.3. Metodología	14
2.4. Principios generales y aspectos transversales	15
2.4.1 Enfoque de Derechos Humanos	15
2.4.2 Enfoque de Género	16
2.4.3 Interacción con otros ejes de desigualdad. Interseccionalidad	16
2.4.4 Enfoque de derechos de la infancia	17
2.4.5. Enfoque de promoción de la salud sexual como prevención de la violencia sexual	18
2.4.6 Seguridad y confidencialidad	19
2.4.7 Accesibilidad	19
2.4.8 Continuidad Asistencial	19
2.4.9 Asistencia Integral Biopsicosocial y con Perspectiva Comunitaria	19
2.4.10 Atención Interprofesional e Intersectorial	20
2.4.11 Coordinación y Cooperación Intersectorial	20
3. INTRODUCCIÓN / CONTEXTUALIZACIÓN	21
3.1. Marco conceptual	21
3.1.1 Definición	21
3.1.2. Tipos de violencia sexual	22
3.1.3. Otras formas de violencia sexual	22
3.2. Consecuencias para la salud de la violencia sexual	23
3.3. Marco legislativo	26
3.3.1 En el Marco Internacional	26
3.3.2 En el Marco Europeo	27
3.3.3 En el Marco Estatal	28
4. CONTEXTOS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD	35
4.1. Embarazo	36
4.2. Discapacidad	37
4.3. Ruralidad	39
4.4. Origen étnico y cultural	41
4.5. Migración y racialización	42
4.6. Consumo de sustancias y adicciones	44
4.7. Prostitución y trata con fines de explotación sexual	45
4.8. Sinhogarismo	47
4.9. Mujeres mayores	48
4.10. Personas con VIH	49
4.11. Personas LGBTI	50
5. ACTUACIÓN SANITARIA CON MUJERES	52

5.1. Detección	52
5.1.1. Detección temprana	55
5.2. Atención a mujeres que han sufrido violencia sexual reciente	56
5.2.1. Consideraciones generales	56
5.2.2. Actuación sanitaria antes de llegar al centro hospitalario	58
5.2.3. Actuación sanitaria en el centro hospitalario	59
5.2.4. Acogida y valoración inicial	59
5.2.5. Exploración sanitaria	62
5.2.6. Tratamiento	65
5.2.7. Alta Hospitalaria	65
5.2.8. Seguimiento en consulta hospitalaria y continuidad asistencial con atención primaria	69
5.3. Atención a mujeres que han sufrido violencia sexual pasada	71
5.4. Recomendaciones en la atención psicológica en violencia sexual	72
5.5. Continuidad asistencial	74
5.5.1. Coordinación con el resto de recursos existentes en el servicio de salud	74
5.5.2. Continuidad asistencial. Coordinación con otros dispositivos del ámbito comunitario	74
6. EXÁMEN FORENSE Y COORDINACIÓN CON JUSTICIA	77
6.1. Esquema de la actuación. Cuestiones generales	80
6.1.1. Acogida de la víctima	80
6.1.2. Acompañamiento de la víctima	80
6.1.3. Presencia de fuerzas y cuerpos de seguridad	81
6.1.4. Intervención médico-forense	81
6.1.5. Consentimiento informado	81
6.2. Recogida de datos. Anamnesis	82
6.3. Valoración	83
6.3.1. Valoración del estado psicológico	83
6.3.2. Examen físico	83
6.4. Conservación y custodia de las muestras con o sin denuncia	85
6.5. Atención a víctimas menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección	85
6.5.1. Recogida de datos. Anamnesis	86
6.5.2. Sospecha de agresión sexual aguda o reciente	87
6.5.3. Muestras para estudios biológicos	88
6.5.4. Muestras para estudios toxicológicos	89
6.5.5. Muestras para estudios microbiológicos	89
7. VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES	90
8. ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	92
8.1. Violencia Sexual en infancia y adolescencia	93
8.1.1. Agresión sexual pasada en infancia y adolescencia	95
8.2. Consecuencias de la violencia sexual en la infancia y adolescencia	96
8.3. Actuación sanitaria en violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Pautas generales	96
8.4. Indicadores Agresión Sexual Infantil	99
8.4.1. Indicadores altamente específicos	100
8.4.2. Indicadores de sospecha	100

8.4.3 Indicadores inespecíficos	101
8.5. Resumen. Actuación sanitaria en caso de Violencia Sexual en niñas, niños y adolescentes	102
9. PREVENCIÓN	104
10. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	109
10.1 Principios éticos en la actuación sanitaria ante los casos de violencia sexual	110
10.1.1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)	110
10.1.2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia).....	111
10.1.3 Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional.....	113
10.1.4 Principio de autonomía	115
10.1.5 Principio de justicia.....	115
10.1.6 Autocuidado profesional	118
11. ANEXOS	120
ANEXO 1. NORMATIVA LEGAL VIGENTE.	120
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS Y OTRAS EVIDENCIAS POR PERSONAL FACULTATIVO SANITARIO EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL.	123
ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES RELATIVAS AL PROCESO DE TOMA DE MUESTRAS.	125
ANEXO 4. MODELO DE CADENA DE CUSTODIA PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y OTRAS EVIDENCIAS, SU CONSERVACIÓN Y REMISIÓN A LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.....	137
ANEXO 5. MODELO DE CAMPOS COMUNES PARA PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO	122
12. BIBLIOGRAFÍA	125

1. PRESENTACIÓN

Desde que en 2007 se editó el primer Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género, actualizado en 2012 con especificaciones para contextos de mayor vulnerabilidad, se ha venido desarrollando e implantando desde la Comisión contra la Violencia de Género (COVIGE) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), una metodología de trabajo compartido y colaborativo entre los diferentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) apoyados con la participación experta de representantes del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), a través de la Escuela Nacional de Sanidad y de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG) y el Instituto de las Mujeres del Ministerio de Igualdad.

Esta forma de trabajo ha facilitado ir incorporando la experiencia acumulada por las CCAA y la nueva evidencia producida a nivel internacional, fomentando el intercambio de conocimiento y buenas prácticas para seguir elaborando nuevos protocolos comunes del SNS, como el de Mutilación Genital Femenina (MGF.2015), el Anexo de Trata con fines de explotación sexual en 2017, así como la Guía de pautas básicas comunes del SNS ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante ("pinchazo") en contexto de ocio (2022), o la Guía de pautas comunes para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual editada recientemente, en marzo de este mismo año.

Todos estos protocolos y guías se han constituido durante los últimos 15 años en fuentes de referencia y consulta o como herramientas comunes para el conjunto de profesionales de los servicios sanitarios, utilizadas en procesos formativos de profesionales de la salud y proporcionando pautas de actuación homogéneas tanto para la atención y seguimiento, como para la prevención y diagnóstico temprano de la violencia de género en sus múltiples expresiones y manifestaciones.

Por ello, este Protocolo Común del SNS específico para actuación sanitaria frente a la Violencia Sexual, se incorpora como novedad en 2023, dentro de esta línea de trabajo continuada y de consenso, con el **objetivo específico** de establecer criterios comunes de actuación profesional, normalizada y homogénea, para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), respecto a la detección, valoración e intervención en casos de violencia sexual (pasada o reciente) en mujeres adultas, niñas, niños y/o adolescentes, incluyendo los casos de hijas e hijos de mujeres que sufren o han sufrido violencia en el ámbito de la pareja o expareja.

Los contenidos se han recopilado y redactado, como en anteriores ocasiones, por el Grupo de trabajo técnico de Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria y por el Grupo de Aspectos Éticos y Legales, formados también por profesionales del conjunto de las CCAA que vienen desarrollando su labor de apoyo técnico en esta Comisión COVIGE del CISNS desde su creación,

donde también se incorporan personas expertas y profesionales del equipo de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG. Ministerio de Igualdad).

Por otra parte, en el caso concreto de este Protocolo Común, es preciso mencionar de forma especial que, respecto a la violencia sexual perpetrada en niñas, niños y adolescentes, las pautas comunes han sido especialmente estudiadas y consensuadas gracias a la coordinación realizada desde el Observatorio de Salud de las Mujeres (como secretaría técnica de la COVIGE) con el Área de Prevención de esta Dirección General de Salud Pública. Dicha Área, desempeña la labor de secretaría técnica de la Comisión Violencia en niños, niñas y adolescencia (COVINNA) del CISNS; desde su creación en mayo de 2022, en cumplimiento y desarrollo de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI).

Por todo ello, los criterios de seguimiento y acompañamiento personalizado del proceso, atención multi e interdisciplinar en la atención a cada caso, así como la coordinación y colaboración con los equipos profesionales de otros sectores (fiscalía, forenses, cuerpos y fuerzas de seguridad, educación y recursos locales, etc.) orientan las actuaciones a realizar de forma transversal a lo largo del Protocolo.

El hecho de contar con el consenso y aprobación previa del Pleno de la Comisión COVIGE antes de elevar al CISNS para su ratificación definitiva, facilita que las pautas comunes propuestas para la actuación sanitaria concreta sean más fácilmente implantadas a través de los diferentes protocolos autonómicos existentes ya que están incardinados en cada contexto organizativo, estructural y poblacional del territorio concreto.

Es necesario que los principios rectores de la actuación sanitaria y objetivos específicos recogidos en este Protocolo Común del SNS, sean tomados en cuenta para su inclusión en los planes y programas de salud que estén relacionados con la prevención en atención primaria en personas adultas y en población infantil y adolescente, así como en relación con salud mental y salud sexual y reproductiva.

El trabajo ha sido minucioso y muy participativo por lo que deseo agradecer su esfuerzo a todas las personas que han participado en su elaboración.

Pilar Aparicio Azcárraga
Directora General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad

2. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y PRINCIPIOS RECTORES

2.1. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este Protocolo es establecer criterios comunes de actuación profesional, normalizada y homogénea, para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), respecto a la detección, valoración e intervención en casos de violencia sexual (pasada o reciente) en mujeres adultas, niñas, niños y adolescentes, incluyendo los casos de hijas e hijos u otros menores a cargo de mujeres que sufren o han sufrido violencia en el ámbito de la pareja o expareja.

Estas pautas se constituyen con la intención de disponer una atención sanitaria integral (física, psicológica y social), ágil, respetuosa y eficaz para todas aquellas personas que hayan sufrido, sufran o puedan sufrir violencia sexual, con especial interés en la actuación en los casos de personas en contextos de mayor vulnerabilidad, con el objetivo de minimizar el impacto generado y asegurando su recuperación.

Este protocolo además cuenta con los siguientes **objetivos específicos**:

- Garantizar una **actuación coordinada con las y los medicas/os forenses de los Institutos de Medicina Legal y Forense (IMLCF) y una atención integral** a las víctimas de violencia sexual (reciente y pasada), procurando la protección integral de su salud en el marco de equidad y cohesión para el conjunto del SNS
- **Sensibilizar y formar al personal sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS)** sobre la gravedad de la violencia sexual, como problema de salud pública con importantes consecuencias para el equilibrio bio-psico-social.
- **Actualizar el conocimiento** basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años, **proporcionando al personal sanitario herramientas comunes para la toma de decisiones e intervención sanitaria integral, humanizada y de calidad** en los casos de violencia sexual.
- **Promover el empoderamiento y la capacitación de quienes han sufrido o sufren violencia sexual**, siendo necesario el reconocimiento de su situación, la búsqueda de las mejores intervenciones científicas, sanitarias, legales y sociales que permitan la recuperación de su salud en las mejores condiciones posibles, sin estigmas bio-psico-sociales y facilitando la información disponible para que la persona pueda tomar la decisión de denunciar los hechos.
- Ofrecer un **protocolo con pautas comunes de actuación útil y práctico** respecto a la **acogida**

de la persona víctima de violencia sexual en el servicio sanitario, procurando: un espacio de intimidad y confidencialidad adecuado durante las exploraciones, la recogida de muestras en un acto único, incluyendo la emisión del parte de lesiones, el registro en la historia clínica y el seguimiento de derivaciones y consultas.

- **Contribuir con su implementación a mejorar la investigación sanitaria en materia de violencia sexual**, con relación a la efectividad y eficiencia de las intervenciones sanitarias realizadas.
- **Promover mayor sensibilidad en el conjunto de profesionales de la salud** sobre aspectos específicos, que en materia de violencia sexual es necesario tener presente en la actuación sanitaria con personas en **contextos de mayor vulnerabilidad** que puedan suponer mayor riesgo añadido de no respeto a sus derechos como: discapacidad, problemas de salud mental, migración, identidad sexual, etc., que puedan suponer un riesgo añadido de que sus derechos no sean respetados.

Los contenidos de este Protocolo Común del SNS deberán tenerse en cuenta en aquellos planes y programas de salud que estén relacionados con temas tales como: seguimiento del embarazo, puerperio, climaterio, atención a las personas mayores, salud infantil, salud sexual y reproductiva y/o salud mental, entre otros. Para la elaboración de este Protocolo se ha revisado toda la documentación elaborada en el marco de la actuación sanitaria por las CCAA hasta la fecha y la evidencia científica actualizada.

2.2. Alcance. Ámbitos asistenciales y perfiles profesionales

El documento cuenta con su aplicación en cualquiera de sus dispositivos del ámbito sanitario (centros de atención primaria, hospitalaria, servicios de urgencias y emergencias, centros de atención a la salud sexual y reproductiva, centros de salud mental, centros de atención a jóvenes y adolescentes, etc.) mediante una respuesta coordinada, interdisciplinar y multiprofesional, que garantiza situar a la víctima en el centro de la actuación sanitaria, su adecuado acompañamiento, facilitar la información necesaria y respetar sus decisiones y evitar la victimización secundaria.

Basándose en un modelo de atención integral a las víctimas de violencia sexual, el Protocolo debe implicar a profesionales de Medicina, Enfermería, Psiquiatría y Psicología, Trabajo Social, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Matronas, Cirugía, y aquellas otras especialidades que puntualmente se requieran para la atención integral y continuada.

Cabe destacar dos ámbitos desde los que es especialmente relevante la difusión y aplicación de este protocolo:

En primer lugar, desde **Atención Primaria**; por su proximidad y contacto cercano y continuado con la población, que se traduce en una mayor capacidad y probabilidad de detección de la violencia sexual. Y, en segundo lugar, desde **Atención Hospitalaria**; donde sus profesionales pueden mantener una actitud activa y de alerta (sobre todo en servicios de urgencias y en especialidades como Ginecología y Obstetricia y/o Pediatría y Salud Mental), pudiendo realizar preguntas exploratorias ante una sospecha para mejorar la detección y la calidad de la atención que se ofrece.

2.3. Metodología

El documento que se presenta es fruto del trabajo y consenso de los grupos de trabajo técnico “Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria frente a la violencia de género” y “Aspectos Éticos y Legales” que apoyan técnicamente a la COVIGE del CISNS. Tanto estos grupos de trabajo como el propio pleno de la COVIGE cuenta con participación de representantes de todas las CCAA y de otros Ministerios, como: Ministerio de Justicia (a través de la Dirección General para el Servicio de Justicia), el Ministerio de Igualdad (a través de la DGVG y el Instituto de las Mujeres) y del Ministerio de Ciencia e Innovación (a través de la representación del ISCIII. Escuela Nacional de Sanidad). El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), actúa como Secretaría Técnica de la COVIGE, realizando las labores de coordinación de este Protocolo, facilitando la dinamización de las reuniones de trabajo y de las sesiones formativas que se han ido realizando durante estos dos últimos años para elaborarlo.

Además de las sesiones de trabajo específico para consensuar el índice de materias contenidas en este Protocolo Común en materia de violencia sexual y redactar sus contenidos específicos, se han realizado también sesiones formativas para las personas que integran los Grupos de trabajo de la COVIGE que han estado implicados en su redacción, al igual que ya se hizo en anteriores procesos de redacción de otros Protocolos Comunes del SNS, como el de MGF o el Anexo de Trata con fines de explotación sexual.

Las sesiones formativas han sido realizadas mediante videoconferencia, y en ellas han sido ponentes, tanto representantes del Consejo Médico Forense (CMF) en torno al tema de buenas prácticas en la coordinación de actuaciones médico-forense y sanitarias, como integrantes del Gabinete asesor del Ministerio de Igualdad, en el caso de la sesión formativa en torno al Marco Normativo de desarrollo en el que este Protocolo quedaría incardinado respecto a las actuaciones sanitarias en materia de violencia sexual.

Como contexto especialmente vulnerable, la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes requiere determinadas especificidades en la actuación sanitaria, así como la consideración de sus implicaciones éticas y legales. Por ello, se ha contado con la participación especial del Área de Prevención de la Dirección General de Salud Pública, que ejerce la labor de Secretaría Técnica de la Comisión Violencia en niños, niñas y adolescencia (COVINNA), creada como Comisión del CISNS en mayo de 2022, en cumplimiento y desarrollo de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI).

Además, desde el OSM, se apoyó el proceso de trabajo promoviendo la creación de un Grupo Focal “ad hoc” con personas expertas del SNS en la asistencia a casos de violencia sexual sobre niñas, niños y adolescentes, para establecer aspectos principales y puntos críticos que este Protocolo Común debía tener en cuenta en el desarrollo de sus contenidos.

2.4. Principios generales y aspectos transversales

La contextualización histórica de la violencia sexual, el registro de las experiencias y vivencias de las mujeres víctimas de violencia sexual y su investigación, además del desarrollo e implantación de políticas públicas al respecto y la evolución de la atención y asistencia integral de los casos detectados y registrados, ha permitido ampliar el corpus teórico sobre la violencia sexual. Se hace necesario seguir trabajando desde unos enfoques y modelos humanistas de atención que sean rigurosos, integrando análisis tanto cuantitativos como cualitativos en su evaluación, modelos de buena praxis profesional que sitúen en su centralidad a las víctimas y la consideración y respeto a sus decisiones.

A continuación, se presentan una serie de enfoques y modelos consensuados por la comunidad científica y los estudios especializados en violencia sexual:

2.4.1 Enfoque de Derechos Humanos

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente.

La violencia contra las mujeres y niñas, niños y adolescentes es una violación de los derechos humanos. Como asunto consagrado en la Convención para la Eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer, así como en otros instrumentos regionales e internacionales sobre Derechos Humanos, debe ser reconocida como un fenómeno que viola el principio de igualdad entre hombres y mujeres y que perdura debido a esta desigualdad.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) señaló, en el año 2017 (recomendación general núm. 35), la responsabilidad de los Estados en la prevención y protección de los derechos humanos, así como la obligación de proporcionar reparaciones efectivas a las víctimas y supervivientes. Asimismo, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) de 2011, estipula como delito todas las formas de violencia contra la mujer, entre ellas, las sexuales; siendo un tratado vinculante, los Estados tienen el deber de introducir en sus sistemas jurídicos estos delitos.

Por todo ello, los Estados están obligados a promover y proteger estos derechos humanos, diseñando e implementando las intervenciones, considerando y garantizando dicho criterio desde el sector sanitario, hasta el judicial, educativo, de fuerzas de seguridad, de servicios sociales, de servicios especializados y/o asociativos, etc.

2.4.2 Enfoque de Género

El enfoque de género reconoce que la violencia sexual contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, en sus distintas manifestaciones, es violencia de género. Se trata de una forma de discriminación y una vulneración de los derechos humanos, consecuencia de la discriminación social estructural.

Entendemos la salud como un concepto integral biopsicosocial, condicionado por determinantes estructurales, como son las desigualdades sociales y de género, que están en la base de la violencia. Las administraciones e instituciones públicas deben procurar no incrementar el daño en las víctimas y supervivientes de la violencia sexual con sus intervenciones, evitando la victimización secundaria y promoviendo su empoderamiento para la toma de decisiones de acuerdo a sus derechos y necesidades individuales. Las víctimas y supervivientes de violencia sexual son agentes de su propio desarrollo (participantes en las decisiones y medidas que se vayan a adoptar para su reparación y protección), en lugar de receptoras pasivas de productos y servicios.

2.4.3 Interacción con otros ejes de desigualdad. Interseccionalidad

España ha ratificado aquellos acuerdos establecidos por los organismos internacionales de derechos humanos que incluyen la interseccionalidad como un criterio obligatorio a tener en cuenta por el Estado y las instituciones públicas.

La propia Ley 33/ 2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece el principio de equidad para todas las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población, con el fin de mitigar las desigualdades estructurales sociales y económicas que pueden afectar a la salud de las personas de forma particular. Lo anterior implica tener en consideración la interacción de los distintos ejes de desigualdad que pueden generar mayores vulneraciones a los derechos humanos y peor calidad en el acceso a recursos para protegerlos. Las intervenciones en salud tendrán en especial consideración a aquellas víctimas de violencia sexual que sufren múltiples discriminaciones y situaciones de mayor vulnerabilidad, lo que implica mayores dificultades para su detección y su capacidad de pedir ayuda y recuperación. Las instituciones y sus profesionales deberán reconocer los efectos diferenciados de la violencia sexual en las víctimas y supervivientes de la misma, respondiendo a las circunstancias individuales, teniendo en cuenta la interconexión de las opresiones y las variables de edad, clase social, raza, etnia, religión, situación de salud, discapacidad, estatus migratorio, ocupación, etc., dado que estos diferentes factores influyen en el acceso a derechos y oportunidades. Las intervenciones se adaptarán a estas circunstancias particulares, garantizando siempre la no discriminación y asistencia integral.

2.4.4 Enfoque de derechos de la infancia

La Convención sobre los Derechos del Niño recoge los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes para garantizar su protección ante cualquier vulneración o abuso, proveyendo todos los cuidados y apoyos que necesite cada niña, niño o adolescente víctima, tras la detección de cualquier tipo de violencia en su contra. El enfoque de derechos de la infancia reconoce: por un lado, la condición de víctimas de un grave delito a niñas, niños y adolescentes; y, por otro, la condición de especial protección e interés superior, que significa que es el Estado el responsable de ejecutar las acciones tendentes a asegurar el desarrollo integral, la vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas de cada niña, niño y adolescente para que puedan vivir en condiciones de máximo bienestar.

La situación de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual requiere especial atención. El Comité sobre Derechos del Niño de Naciones Unidas ha recomendado a España mejorar los procedimientos de detección y coordinación para garantizar que las violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes sean debidamente investigadas y sancionadas y se proporcione reparación a las víctimas (y sobre todo no repetición de los hechos que han violentado su integridad), en el marco de procedimientos administrativos y judiciales respetuosos con las necesidades específicas de su edad. Así, es obligación del Estado asegurar

que se proporciona apoyo psicológico especializado, orientación pedagógica y soporte a su buen desarrollo evolutivo, tratamiento social de las lesiones y secuelas sociales, así como intervención psicosocial con su familia y entorno próximo.

2.4.5. Enfoque de promoción de la salud sexual como prevención de la violencia sexual

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. En este sentido, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OMS, 1998).

La salud sexual es un componente central en la salud y el bienestar de las personas, por lo tanto, promover la salud sexual implica favorecer las condiciones para que los servicios sanitarios garanticen su calidad, ofreciendo información, asesoramiento y asistencia sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad y la reproducción. Es necesario un enfoque integral de promoción de la salud sexual que garantice los derechos sexuales de las personas, encaminados a favorecer cambios en relación con los sesgos existentes por razón de género, de forma que se fomente la corresponsabilidad de las personas en las relaciones sexuales. Esto es, todas las personas son responsables de la vivencia de la sexualidad independientemente de su sexo, género y orientación e identidad sexual.

Las campañas de sensibilización e información realizadas se centran generalmente en la prevención de riesgos asociados al comportamiento sexual, más que en la construcción de referentes culturales y simbólicos que favorezcan un concepto de sexualidad integral y holístico y que por tanto generen un espacio para una sexualidad saludable.

La infancia y la adolescencia, pero también otros segmentos etarios de la población, deben ser objeto de programas y estrategias que difundan información sobre la construcción de una sexualidad sana y la prevención de la violencia sexual en cualquiera de sus expresiones. Es muy importante que parte de esa educación se centre en desmontar mitos y desinformación relacionada con roles de género y estereotipos, además de proteger frente a posibles riesgos, desde una perspectiva de promoción de la salud.

Entre la juventud, debido al modelo de socialización diferencial de género, siguen presentes los patrones sexuales tradicionales, que, aunque están insertos en un contexto social

contemporáneo y se manifiestan de manera diferente, reproducen relaciones similares de poder y subordinación.

Desde los servicios sanitarios se debe trabajar en las actividades de educación para la salud, promocionando los buenos tratos, la corresponsabilidad en las relaciones, el consentimiento y deseo compartidos. También colaborando con los centros educativos y con asociaciones de madres, padres y familias que colaboran tanto con los centros educativos como en el ámbito comunitario de educación en salud.

2.4.6 Seguridad y confidencialidad

Todas las actuaciones que realicen las instituciones y organismos firmantes deberán garantizar el derecho a la intimidad, la seguridad y confidencialidad de las víctimas y supervivientes de violencia sexual. Sólo se revelará información cuando se cuente con el consentimiento informado de la víctima o superviviente.

2.4.7 Accesibilidad

Se garantizará que el conjunto de actuaciones y medidas de este Protocolo sean comprensibles, practicables y de accesibilidad universal. Los derechos que recoge este Protocolo serán efectivos en cualquier caso de forma general para atender a cualquier persona víctima de violencia sexual, con independencia de su situación administrativa, origen racial o étnico, cultura, limitación idiomática, sexo, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

2.4.8 Continuidad Asistencial

Las instituciones sanitarias deben asegurar la continuidad en la atención prestada a víctimas y supervivientes, de forma que se proporcione y asegure su recuperación física, mental y emocional, así como su sana interacción con la sociedad, a pesar del gran daño generado.

2.4.9 Asistencia Integral Biopsicosocial y con Perspectiva Comunitaria

El proceso de atención a las víctimas de violencia sexual es complejo porque implica la intervención de profesionales de diferentes especialidades del ámbito sanitario, que deben cubrir necesidades de atención específicas relacionadas con las características de cada víctima para responder a la promoción de un enfoque de salud integral.

La asistencia integral o biopsicosocial (que sobrepasa la salud física, contemplando también la salud psicológica y el bienestar relacional o social; atravesado todo ello, además, por el género

como determinante) es clave en la recuperación de las personas. La atención debe ir más allá de la perspectiva biomédica, teniendo en cuenta todas las demás esferas de la salud, incluyendo los roles y condicionantes sociales y de género que puedan existir.

2.4.10 Atención Interprofesional e Intersectorial

En la atención integral deben participar diversos ámbitos (sanitario, judicial, policial, servicios sociales, etc.) y diferentes perfiles profesionales dentro de ellos, colaborando con otros agentes locales como asociaciones civiles y de mujeres.

Será conveniente tener en cuenta otros protocolos de violencia-de género y maltrato infantil implantados en las Comunidades y entidades locales o desde sociedades científicas y profesionales (equipos forenses, FFCCS, etc.) para lograr la coordinación necesaria que evite la victimización secundaria y la sobreexposición de las personas que han sufrido violencia sexual.

2.4.11 Coordinación y Cooperación Intersectorial

La coordinación entre los diferentes servicios y recursos debe ser ágil y eficaz evitando demoras o brechas de continuidad innecesarias. Para ello, es preciso establecer redes de asistencia y mecanismos y apoyo tecnológicos para el trabajo coordinado y la cooperación interdisciplinar, realizando formación con los distintos agentes, consensuando las actuaciones más adecuadas en beneficio de la mejor atención a las víctimas.

Desde el ámbito sanitario, pudiendo partir de una coordinación establecida desde los equipos de Atención Primaria, se tratará de realizar una integración asistencial de las actuaciones sanitarias con el fin de no revictimizar (repetiendo actuaciones innecesarias) y cuidar el bienestar integral de las personas que han sufrido violencia sexual.

3. INTRODUCCIÓN / CONTEXTUALIZACIÓN

3.1. Marco conceptual

3.1.1 Definición

La **violencia sexual** es, en cualquiera de sus formas, una de las violaciones de derechos humanos más habituales y ocultas de cuantas se cometen, con consecuencias dramáticas en el bienestar y la salud de las víctimas y supervivientes, produciendo, en muchas ocasiones, una ruptura biográfica que limita su participación en la sociedad. Es una cuestión social y estructural estrechamente relacionada con una determinada cultura sexual, que debe ser transformada y que afecta de manera específica y desproporcionada a las mujeres y a las niñas, pero también a los niños.

Definida por la Asamblea General de la Naciones Unidas (ONU; 1993), la **violencia de género** es *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2011) define la **violencia sexual** como *“todo acto sexual, tentativa de consumar 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 ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*. En 2013 añade que *“puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, como cuando está bajo los efectos del alcohol o estupefacientes, dormida o mentalmente incapacitada”*.

El Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, 2012), ya incluye las pautas de actuación ante agresiones sexuales descritas en un apartado independiente dentro del texto, debido a las particularidades que requiere su asistencia sanitaria (página 65 dentro de dicho protocolo).

Desde una perspectiva institucional y también normativa, se ha continuado avanzando, tanto en la definición como en la erradicación de sus múltiples manifestaciones por medio de una legislación específica que contribuye a visibilizar la realidad de sus expresiones, tanto en espacios públicos como en espacios privados. La Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de

garantía integral de la libertad sexual considera por **violencias sexuales** “los actos de naturaleza sexual no consentidos o que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado, lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos previstos en el Título VIII del Libro II de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad”.

3.1.2. Tipos de violencia sexual

A continuación, se presentan diferentes expresiones de la violencia sexual, que están conceptualizadas hasta el momento según las definiciones recogidas en *Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025*:

Agresión sexual	Cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento.
Acecho o stalking	Hostigamiento, persecución intrusiva, contacto personal en contra de su voluntad (o para que otros contacten con ella en contra de su voluntad, por ejemplo, en redes sociales). En su dimensión digital se tiende a nombrar como cibercoso (término común): envío de mensajes, emails, cartas o regalos y llamadas telefónicas no deseadas, obscenas, amenazantes, molestas o silenciosas
Acoso sexual ¹	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 particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo (Artículo 7.1 LOIEMH). Por su relevancia en el ámbito de la formación y en el laboral.
Grooming	Estrategias de un adulto para ganarse la confianza de un niño, niña o adolescente, a través de Internet, con el propósito de abusar o explotarlo sexualmente a través del chantaje y la manipulación (término común).
Pornovenganza	Distribución principalmente en internet de imágenes o vídeos sexualmente explícitos sin consentimiento para causar angustia, humillación o vergüenza.
Sextorsión	Extorsión sexual, chantaje en el cual alguien utiliza contenidos sexuales obtenidos de la víctima, contra ella para obtener algo contra su voluntad, generalmente relacionado con la sexualidad, amenazando con su publicación.
Violación	Agresión sexual consistente en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías a la víctima (artículo 179 del Código Penal, posteriormente modificado por la LOGILS).

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025 (DGVG; Ministerio de Igualdad, 2022)

3.1.3. Otras formas de violencia sexual

Acoso callejero	La calle es el lugar donde se produjeron gran parte de las situaciones de acoso callejero, pero el transporte público o los parques son también lugares en los que se suceden estas agresiones. El acoso callejero conduce a cambios en la vida cotidiana y las estrategias de autoprotección adoptada (lugares que transitar, cómo desplazarse...)
-----------------	--

¹ Sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal, que establece que, sin perjuicio de lo establecido en la LOIEMH, es “solicitar favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente, de prestación de servicios o análoga continuada o habitual, provocando a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante” (art.184 CP).

Trata con fines de explotación sexual, turismo sexual y contextos de prostitución	El Protocolo de la ONU para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños (también conocido como Protocolo de Palermo) del año 2000, ratificado por España en 2003, define la trata como: la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o el ofrecimiento o a concesión de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esta explotación incluirá, como mínimo, la explotación en la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extirpación de órganos.
Mutilación Genital Femenina (MGF)	Comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, causadas por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos
Matrimonios forzosos	El matrimonio forzado es un matrimonio en el que una y/o ambas partes no han expresado personalmente su pleno y libre consentimiento a la unión. Se trata de una violación de los derechos humanos y una práctica nociva que afecta de forma desproporcionada a las mujeres y las niñas en todo el mundo, impidiéndoles vivir sus vidas libres de toda forma de violencia. El matrimonio infantil se considera una forma de matrimonio forzado.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025 (DGVG; Ministerio de Igualdad, 2022)

Algunas se abordan de forma detallada en este Protocolo Común y otras se nombran para tenerlas presentes, aunque no se desarrollen en profundidad (ej.: violencia en el ámbito digital o laboral). Aquellas violencias sexuales que se contemplan en Protocolos Comunes del SNS ya publicados (como la MGF) o la Trata con fines de explotación sexual) se deberán atender en base a ellos.

3.2. Consecuencias para la salud de la violencia sexual

La violencia sexual tiene **consecuencias devastadoras en la salud y en la vida** de quienes la sufren. Sus efectos han sido ampliamente documentados en numerosos estudios con independencia de su gravedad penal. Tiene consecuencias sobre distintas dimensiones de la salud: física, mental, sexual y reproductiva, social y conductual, que pueden aparecer en la fase inmediata, aunque también perdurar en el tiempo a medio y/o largo plazo. Todo ello conlleva que haya víctimas que asistan con mayor frecuencia a diversos servicios de atención sanitaria, aunque el episodio de violencia sexual haya sucedido en el pasado.

Según los datos proporcionados por la *Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022–2025*: “el 43,7% de las mujeres víctimas de violencia sexual y el 58,8% de las que han sido violadas afirman haber utilizado algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad suyo en los 12 meses previos a las entrevistas (...), frente al 28,3% de las que nunca han sufrido violencia sexual. De la misma manera, el 22,3% de las mujeres víctimas de violencia sexual y el 31,9% de las que han sido violadas han visitado para ellas mismas a un/a psicólogo/a, psicoterapeuta o psiquiatra en los 12 meses previos a las entrevistas (...), frente al 9,7% de las que nunca han sufrido violencia sexual”. El análisis del estado de la salud evidencia que las

mujeres que han sufrido algún tipo de violencia tienen peor estado de salud que las mujeres que no han sufrido violencia.

Las consecuencias y el posterior impacto en la salud pueden verse moduladas por algunas variables, tales como: el tipo de violencia, la intensidad, la edad, el momento del ciclo vital, la situación de vulnerabilidad (ver capítulo 1.4), las características del agresor (si era conocido o desconocido; si era uno o más de uno) y/o el tiempo de exposición o reiteración de las agresiones.

Algunas de las **consecuencias para la salud de las violencias sexuales** identificadas en diversos estudios de acuerdo con las dimensiones de la salud anteriormente mencionadas son las siguientes:

Resultados mortales	• Suicidio • Femicidio o infanticidio perpetrado durante, o como resultado, de la violencia sexual o en defensa del “honor” • Mayor mortalidad materna y perinatal • Muertes por aborto inseguro o complicaciones del embarazo consecuencia de violencia sexual • Muertes producidas por infecciones de transmisión sexual como VIH-SIDA, Hepatitis B y C, o virus del papiloma humano (VPH) • Muertes relacionadas con el consumo de alcohol u otras sustancias como estrategia para paliar el sufrimiento generado por la violencia sexual
Salud Física	• Lesiones diversas: heridas, fracturas, quemaduras, cicatrices • Trastornos gastro-intestinales: dolor abdominal, colon irritable • Infecciones urinarias de repetición • Secuelas o discapacidades secundarias • Síntomas somáticos asociados a estrés, dolor de espalda, dolor torácico y patología neurológica recurrente (cefaleas) y trastornos somatomorfos entre otros • Incremento de algunas patologías crónicas
Salud Mental	• Depresión • Ansiedad, estrés, síntomas depresivos y fobias • Trastorno por estrés postraumático • Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia). • Trastornos fóbicos, de pánico y conductas de evitación • Psicosis • Ideación suicida, autolesiones o tentativa de suicidio • Síntomas disociativos. • Dificultades en el sueño • Abuso de alcohol, drogas o medicamentos
	• Traumatismo ginecológico, heridas, desgarros vaginales o anales • Fístula traumática • Disfunción sexual • Infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH y el VPH • Aumento de síntomas como: sangrado vaginal, irritación de las zonas genitales, fibrosis vaginal, fístula traumática, alteraciones del ciclo menstrual, dolor pélvico crónico, dispareunia, e infecciones en el aparato urinario, pérdida del deseo sexual, dolor pélvico crónico

Salud Sexual y Reproductiva	• Embarazos no deseados considerados de alto riesgo tanto para la mujer embarazada como para el feto • Abortos de repetición y/o inseguros • Retraso en el control del embarazo, lesiones en el feto, partos pretérmino, recién nacidos/as de bajo peso o retraso del inicio de los cuidados prenatales • Depresión postparto
Social	• Aislamiento, desconexión social • Ruptura de la confianza en las demás personas, especialmente de los hombres, y pérdida de la sensación de seguridad. • Conductas de evitación con situaciones relacionadas con la violencia sufrida. • Impacto en la familia y en las relaciones sexo-afectivas y de pareja • Estigmatización • Desprecio a su cuerpo y a su persona • Impacto en el desempeño laboral (incluyendo bajas laborales) y/o a académico • Aumento de la utilización de los servicios sanitarios

Fuente: Información extraída desde la OMS (2002, 2005); Ministerio de Sanidad (2012, 2015, 2022)

Además, se sabe que hay factores protectores que pueden facilitar la elaboración del trauma y favorecer la recuperación de la víctima o superviviente, como son: las características y calidad de la atención prestada (sobre todo en los servicios de sanitarios, las FFCCS del Estado, autonómicas y locales, el sistema judicial y forense) y los apoyos y el seguimiento posterior de su proceso. Asimismo, es muy importante la respuesta de apoyo y protección del entorno familiar y social.

La respuesta del entorno puede marcar la diferencia en la evolución de la persona agredida: la detección temprana, la credibilidad, la comprensión, el trato, el respeto, la empatía y el acompañamiento en el proceso y la reparación mediante la justicia, pueden ayudar a elaborar y a superar el trauma.

En el caso de violencia sexual en infancia y adolescencia se producen consecuencias específicas relacionadas con: la edad, la situación de vulnerabilidad y/o el tipo de violencia sufrida. Todas ellas serán abordadas en el **Protocolo común de actuación frente a la violencia en menores y adolescentes desde el ámbito sanitario** de la Comisión frente a la Violencia en Niños, Niñas y Adolescencia del CISNS (CoViNNA).

Consecuencias específicas en adolescentes	• Comportamiento de alto riesgo: relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas • Conductas hipersexualizadas • Riesgo mayor de perpetrar violencias de género (hombres) o de sufrirlas (las mujeres) • Violencia transgeneracional en hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia sexual
--	--

Fuente: Información extraída desde la OMS (2002, 2005); Ministerio de Sanidad (2012, 2015, 2022)

3.3. Marco legislativo

La violencia sexual en cualquiera de sus formas, incluida la violación, constituye un ataque frontal a los derechos inherentes de la persona que lesiona el derecho a la dignidad humana, la integridad física y moral, la libertad, la seguridad e incluso el derecho a la vida.

Víctima de violencia sexual puede ser toda persona con independencia de su edad, sexo, orientación e identidad sexual, origen o nacionalidad, si bien el riesgo crece exponencialmente cuando hablamos de mujeres y niñas, pues como señala la ONU constituye una forma de violencia intrínsecamente ligada a la desigualdad de género en la sociedad, es decir, una forma de discriminación de la mujer por el hecho de ser mujer.

3.3.1 En el Marco Internacional

La ONU desarrolló las primeras actuaciones dirigidas a la persecución de todas aquellas atrocidades causadas mediante violencia sexual sobre mujeres, niñas y niños durante conflictos bélicos, adoptando para ello Tratados internacionales que imponían a los Estados parte la obligación de acordar medidas dirigidas a la protección de la población civil y a la persecución de estos delitos que constituyen una violación de los derechos humanos.

En el presente *Protocolo común del SNS para la actuación sanitaria ante la Violencia Sexual* es necesario destacar, en este plano internacional, fundamentalmente dos convenios:

- **La Convención sobre Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) hecho en Nueva York el 18 de diciembre de 1979, que entró en vigor en España el 4 de febrero de 1984**, que constituye el primer tratado internacional que impone a los Estados parte la obligación de actuar con la debida diligencia frente a todas las formas de violencia contra las mujeres, entre ellas la violencia sexual, exigiendo la adopción de *“medidas adecuadas, legislativas o de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer”* y ello desde la triple perspectiva de prevención de la violencia, protección de la víctima y persecución del delito.
- **La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 que entró en vigor en España el 3 de mayo de 2008 (Convenio de Nueva York)**. En su preámbulo reconoce *“la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones (...) que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación”* y establece para los Estados parte

la obligación de adoptar medidas apropiadas para combatir la violencia contra las mujeres con discapacidad y para asegurar el acceso a los servicios de salud teniendo en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación de la salud.

3.3.2 En el Marco Europeo

Se considera necesario destacar expresamente los siguientes Convenios:

- **El Convenio sobre la lucha contra la trata de seres humanos del Consejo de Europa hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005, que entró en vigor en España el 1 de agosto de 2009 (Convenio de Varsovia)** complementa la Convención de Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional. Este Convenio aborda de forma integral la protección de las víctimas de trata con fines de explotación sexual, que es la forma de trata más numerosa. Por ello debemos tenerlo presente en este protocolo común de atención sanitaria, cuyas víctimas requerirán de una respuesta especializada para su adecuada atención, protección y recuperación.
- **El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007 que entró en vigor en España el 1 de diciembre de 2010 (Convenio de Lanzarote).** Este Convenio pone de relieve la necesidad de dar respuesta específica cuando la violencia sexual se ejerce sobre la infancia e impone a las administraciones públicas la obligación de adoptar medidas necesarias para garantizar la coordinación y colaboración a nivel nacional o local entre los distintos organismos responsables de la protección de la infancia y de la prevención y lucha contra la explotación y el abuso sexual de niños y niñas, en particular en los sectores de la educación y la sanidad, los servicios sociales, las fuerzas del orden y las autoridades judiciales.
- **El Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul, 2011: ratificado por España en 2014)** establece la obligación de las administraciones públicas de actuar desde el enfoque de género e impone a las administraciones públicas en relación con el apoyo a las víctimas de violencia sexual que se tomen *“las medidas legislativas u otras necesarias para permitir la creación de centros de ayuda de emergencia para las víctimas de violaciones y de violencias sexuales, apropiados, fácilmente accesibles y en número suficiente, para realizarles un reconocimiento médico y médico forense, y darles un apoyo vinculado al traumatismo y consejos”*. Asimismo, se refiere expresamente a la violencia sexual, incluida la violación en su artículo 36 y contempla otras formas de violencia sexual como las mutilaciones genitales femeninas en

su artículo 38, al aborto y esterilización forzosos en su artículo 39 y el acoso sexual en su artículo 40. En concreto respecto a la violencia sexual, incluida la violación, se extrae del Convenio de Estambul, la consideración como tal de *“toda acción que se cometa intencionadamente en cualquiera de las siguientes formas:*

- a) La penetración vaginal, anal u oral no consentida, con carácter sexual, del cuerpo de otra persona con cualquier parte del cuerpo o con un objeto;*
- b) Los demás actos de carácter sexual no consentidos sobre otra persona;*
- c) El hecho de obligar a otra persona a prestarse a actos de carácter sexual no consentidos con un tercero”.*

Además, dicho Convenio especifica en su apartado segundo el artículo 36 que *“El consentimiento debe prestarse voluntariamente como manifestación del libre arbitrio de la persona considerado en el contexto de las condiciones circundantes”.*

Como mecanismo de seguimiento para velar por el cumplimiento del presente Convenio por los Estados Parte se crea el GREVIO (Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica) que como organismo independiente encargado de supervisar la implementación del Convenio, dirigirá cuando proceda a los Estados Parte, recomendaciones generales sobre su aplicación.

3.3.3 En el Marco Estatal

En cumplimiento de las obligaciones internacionales y de la Constitución Española que propugna en su artículo primero como valores superiores del ordenamiento jurídico “la libertad, la justicia y la igualdad”, se han desarrollado importantes avances normativos, así como políticas públicas comprometidas con la víctima para combatir la violencia contra las mujeres y la infancia y prestar una protección integral.

El **Pacto de Estado contra la Violencia de Género (PEVG)** cuya aprobación culminó en el Congreso de los Diputados y Senado en diciembre de 2017 y que contempla diversas medidas relativas a la violencia sexual como es la número 103 del documento refundido de medidas elaborado por la DGVG que establece *“Realizar los cambios pertinentes en materia legislativa para la correcta aplicación del Convenio de Estambul, sobre delitos sexuales contra menores y sobre normas mínimas de reconocimiento de derechos a todas las víctimas de delitos, conforme a las directivas europeas de aplicación. Para ello se introducirá la perspectiva de género y la de derechos humanos en todas las normativas y disposiciones contra las violencias sexuales de la*

legislación española, (...) para la posterior creación de un marco regulador que permita realizar un tratamiento integral de las violencias sexuales.”

Destacan en este ámbito estatal, las siguientes normas en aras a mejorar la atención, protección y recuperación de las víctimas de la violencia sexual, sin perjuicio de otra normativa e instrumentos autonómicos adoptados dentro de sus respectivos ámbitos competenciales:

- **La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal** regula los Delitos contra la libertad sexual en el Título VIII de su Libro II.
- **La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, constituye una norma pionera que busca ofrecer una respuesta integral y coordinada frente a la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. En dicha Ley Orgánica 1/2004 se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijas e hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia, comprendiendo todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad. La violencia de género a que se refiere esta Ley también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad por parte de las personas indicadas en el apartado primero de su Artículo 1.

Dentro de su Título I en el Capítulo III, referido al “ámbito sanitario”, sus artículos 15 y 16 hacen hincapié en la importancia de desarrollar programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.

Asimismo, establece como medida concreta, que en el seno del CISNS, se constituya una COVIGE que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en dicho Capítulo, evaluando y proponiendo las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

- **Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito**, que recoge un catálogo de derechos procesales y extraprocesales de toda víctima del delito y persigue que el apoyo y protección a la víctima cuente con una evaluación y trato individualizado, sin perjuicio del trato especializado según el tipo de delito, como son las violencias sexuales.
- **La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI)** que persigue la adopción de procedimientos de detección y coordinación adecuados para garantizar una atención integral que comprenderá medidas de protección, apoyo, acogida y recuperación. También persigue que esos procedimientos permitan que las violencias sexuales contra niñas y niños sean debidamente investigadas y sancionadas y se les proporcione adecuada reparación a las víctimas, respetando el “Principio del Interés Superior del Menor” creando entornos seguros, de buen trato e inclusivos para toda la infancia en todos los ámbitos en los que la persona menor de edad desarrolla su vida.
- **La Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS)** que tiene por objeto la protección integral del derecho a la libertad sexual mediante la prevención y la erradicación de todas las violencias sexuales contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, en tanto que víctimas fundamentales de la violencia sexual. La Ley considera violencias sexuales los actos de naturaleza sexual no consentidos o que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado, lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos previstos en el Título VIII del Libro II de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad. Pretende dar respuesta especialmente a las violencias sexuales cometidas en el ámbito digital, lo que comprende la difusión de actos de violencia sexual a través de medios tecnológicos, la pornografía no consentida y la extorsión sexual. Considera violencias sexuales la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso con connotación sexual y la trata con fines de explotación sexual. Se incluye el homicidio de mujeres vinculado a la violencia sexual, o feminicidio sexual, como la violación más grave de los derechos humanos vinculada a las violencias sexuales.
 - Antes de la Ley orgánica de garantía integral de libertad sexual, que reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, se distinguía entre abuso y agresión. Como medida más relevante, la LOGILS elimina la distinción entre agresión y abuso sexual, considerándose agresiones sexuales todas aquellas conductas que

atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona, cumpliendo así España con las obligaciones asumidas desde que ratificó en 2014 el Convenio de Estambul.

- Con relación al **ámbito sanitario**, cabe destacar los aspectos que esta ley aborda en sus artículos 8, 20, 23, referidos respectivamente a la prevención y sensibilización en el ámbito sanitario, sociosanitario y de servicios sociales; a la detección e intervención en el ámbito sanitario; a la garantía de especialización profesional a través de la formación.
- El artículo 48 de la LOGILS se refiere a la **práctica forense disponible, accesible y especializada** en relación con la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias, no estando condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal y, en cualquier caso, siempre previo consentimiento de la víctima.
- Asimismo, por el apartado 2 del artículo 48 se habilita al personal sanitario para la recogida de muestras biológicas y otras evidencias en aquel supuesto excepcional, en el que no fuera posible la presencia de profesionales de medicina forense en el centro hospitalario (teniendo en cuenta también los procedimientos y acuerdos con los respectivos Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses -IMLCF- para la toma de muestras), garantizando la conservación y cadena de custodia para su remisión del modo más inmediato posible IMLCF correspondiente. Esta habilitación legal reconocida a los centros sanitarios, exigirá en todo caso, el previo consentimiento informado de la víctima y no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal.

3.4. Análisis de situación

La violencia sexual afecta a millones de personas en todo el mundo y puede ejercerse de múltiples formas y en todos los ámbitos de la vida. Según estimaciones de ONU Mujeres, un 35% de las mujeres en todo el mundo ha sufrido algún tipo de violencia física o sexual por parte de su pareja, en algún momento de su vida. Es un problema de Salud Pública de gran magnitud que afecta de manera específica y desproporcionada a las mujeres y a las niñas a nivel mundial y se manifiesta en todos los países (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2013). A pesar de esto, la OMS advierte que ha sido un tema poco investigado y explorado.

Los datos de la Encuesta Europea sobre violencia contra las mujeres (FRA, 2014), realizada a 42.000 mujeres de los 28 países de la Unión Europea, muestra que el 11% de las europeas han sufrido violencia sexual desde los 15 años; el 5% de las europeas mayores de 15 años -una de cada 20- ha sido violada. Extrapolando estos datos a toda la población, supone una estimación

de nueve millones de mujeres. En los casos en los que la pareja no era el agresor, una de cada diez mujeres violadas indica que más de un hombre estuvo implicado en la violación. El 12% de las mujeres tenía experiencias infantiles de violencia sexual por parte de un adulto.

Además, en los 12 meses anteriores a la encuesta, 3,7 millones de europeas habían experimentado alguna forma de violencia sexual. Una cifra que corresponde al 2% de las mujeres de entre 18 y 74 años.

Por último, en la Unión Europea, una de cada diez mujeres declara haber sufrido ciberacoso, sobre todo las mujeres de 18 a 29 años y el 75 % de las mujeres en puestos de toma de decisiones tienen que soportar el acoso sexual.

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019, como operación estadística del Instituto Nacional de Estadística (INE), aporta la aproximación más certera sobre la prevalencia de la violencia sexual en la vida de las mujeres y sus características, debido a la infraestimación que suponen los datos policiales, al denunciarse solo una pequeña parte de la violencia sexual.

En España, de acuerdo con los datos proporcionados por la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG, 2020; Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, 2019), el 8,9% de las mujeres de 16 o más años ha sufrido violencia sexual de una pareja o expareja y un 7,5% ha sido violada por una pareja o expareja (no obstante, es difícil medir el alcance real ya que habitualmente algunas agresiones sexuales son normalizadas por producirse en este ámbito y no se declaran).

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 6,5% ha sufrido violencia sexual en algún momento de su vida de alguna persona con la que no mantiene ni ha mantenido una relación de pareja (el 1,4% ha sufrido esta violencia en los últimos 4 años, y el 0,5% en los últimos 12 meses). Un 3,4% del total de mujeres de 16 o más años ha sufrido violencia sexual fuera del ámbito de la pareja antes de cumplir los 15 años y un 2,2% del total de mujeres de 16 o más años ha sido violada alguna vez en su vida.

Con respecto a las agresiones en grupo, el 12,4% de las mujeres que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja manifiesta que en alguna de las agresiones sexuales participó más de una persona, porcentaje que asciende al 17,3% entre las mujeres que han sufrido una violación.

De acuerdo con los datos de victimizaciones por causa de cibercriminalidad, las menores son las más perjudicadas excepto en el delito de acoso (representan en el año 2020, el 82,3% en el abuso sexual, 95,7% corrupción de menores/de personas con discapacidad, el 99,1% del grooming, el 97,3% de las victimizaciones de exhibicionismo, el 86,5% pornografía de menores, el 94,9% provocación sexual, y el 29,1% de las victimizaciones de acoso sexual).

Por otra parte, ONU Mujeres estima que, a nivel global, 736 millones de mujeres -alrededor de una de cada tres- ha experimentado alguna vez en su vida violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, o violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja (el 30% de las mujeres de 15 años o más).

Menos del 40 por ciento de las mujeres que experimentan violencia buscan algún tipo de ayuda. Entre las mujeres que buscan ayuda, la mayoría acude a familiares y amistades. Menos del 10 por ciento de quienes buscan ayuda acuden a la policía

De esos 736 millones de mujeres, 15 millones de niñas adolescentes (entre 15 a 19 años) han sufrido relaciones sexuales forzadas en todo el mundo, solo el 1% de ellas pidió ayuda.

En España, según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019, menos del 40% de las mujeres que sufrieron violencia buscaron algún tipo de ayuda y, cuando lo hicieron, la pidieron a familiares y amistades, acudiendo pocas veces a los servicios de salud o a la policía.

Respecto a la interposición de denuncia, la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025, señala que: “tan sólo en el 11,1% de los casos de violencia sexual se ha interpuesto una denuncia, bien por la propia mujer o mediante otra persona o institución. Si se atiende exclusivamente a las denuncias interpuestas por las propias víctimas, el porcentaje de denuncia desciende hasta el 8%. Los motivos para no denunciar más comunes difieren en importancia entre las mujeres que han sufrido violencia sexual y aquellas que han sufrido una violación. En el primer caso, sobresale un 35,4% de las mujeres que han sufrido violencia sexual que señala que en el momento que ocurrió la agresión era menor, el 30,5% considera que fue un hecho sin importancia y un 25,9% no denunció los hechos por vergüenza. Esta última razón, la vergüenza o apuro, es el motivo más común de la no denuncia entre los casos de violación (como señala el 40,3% de las mujeres que han sufrido una violación), seguido de que era menor cuando se produjo la violación (40,2%) y el miedo a no ser creída (36,5%)”.

En el ámbito del SNS, el último Informe sobre violencia de género de la COVIGE del CISNS, publicado en 2020, señala que, del total de los casos detectados de violencia de género mediante la Historia Clínica en atención primaria, el 7,2% correspondían a violencia sexual; mientras que, en atención hospitalaria, la cifra asciende al 8,7%. La información detectada mediante Parte de Lesiones supuso un 2% en atención primaria y un 9% en atención hospitalaria.

Por último, en lo que se refiere a otros tipos de violencia sexual, como la MGF o la Trata de personas con fines de explotación sexual, ya existen Protocolos Comunes del SNS en cuanto a actuación sanitaria (2015 y 2017, respectivamente). No obstante, los últimos datos aportados por Naciones Unidas señalan que a nivel mundial, al menos 200 millones de mujeres y niñas en

30 países son sometidas a la Mutilación Genital Femenina (UNICEF); asimismo, ONU declara que el 72% de las víctimas detectadas de tráfico de seres humanos eran mujeres (49% adultas, 23% niñas), a diferencia del caso de los hombres (10% adultos y del 27% niños); por otra parte, un pequeño porcentaje del tráfico de mujeres y niñas, que ONU introduce en el apartado de “con otros fines”, está dedicado a los matrimonios forzados.

4. CONTEXTOS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Tal como se recoge en el preámbulo de la Ley General 33/2011 de Salud Pública *“los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad, pues consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades y permiten que se pueda recobrar la salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas. Pero no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud, la salud se gana y se pierde en otros terrenos: antes del nacimiento pueden producirse exposiciones a distintos factores que de forma indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que perfilan la salud”*.

Esta Ley declara que, todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, quedando prohibida especialmente la discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones de salud pública, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como por la demás normativa existente en esta materia; derecho que se concretará en una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de actuaciones y programas (artículo 6). Posteriormente, también la LOGILS (Ley 15/2022 integral para la igualdad de trato y no discriminación) en su Artículo 15. Derecho a la igualdad de trato y no discriminación en la atención sanitaria.

La vulnerabilidad puede ser entendida como una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida a las personas, de manera inmediata o en el futuro, en la satisfacción de su bienestar—en tanto subsistencia, y calidad de vida—en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados. También se define como el conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados con una mayor susceptibilidad a padecer perjuicios y una menor disponibilidad de recursos para su protección.

Es decir, los contextos de vulnerabilidad en sus dimensiones social, económica, física y ambiental son heterogéneos y confluyen entre sí, agudizando aún más y negativamente los condicionantes de bienestar, pudiendo aumentar la vulnerabilidad de sufrir violencia de género y conducir a la exclusión social, entre otras situaciones de discriminación.

Como ya recoge el Protocolo Común de actuación sanitaria ante la violencia de género editado en 2012, la violencia contra las mujeres es **estructural**.

La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres, se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo de nacimiento.

Por otra parte, existen procesos y trayectorias existenciales especialmente difíciles, como la migración; circunstancias y contextos sociales tales como estar en situación de desempleo o vivir en un medio rural; situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución; etapas vitales como el embarazo y puerperio o la edad avanzada; condicionantes de salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o la drogodependencia, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género en todas sus expresiones.

A continuación, se recogen algunos de los ejes de desigualdad que pueden constituir condiciones de vulnerabilidad en sí mismos o en interacción con otros desde una mirada interseccional. Se ha optado por presentarlos de forma individual por resultar pedagógicamente más comprensible, aunque como se ha dicho, estos ejes interaccionan entre sí.

4.1. Embarazo

En el contexto de una relación de Violencia de Género, el embarazo es una etapa de especial vulnerabilidad y de especial riesgo. En ocasiones es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser evidente. Asimismo, un porcentaje importante de malos tratos por parte de la pareja se inician en este periodo, incluida la violencia física y sexual. A su vez, el embarazo añade dificultad a las posibilidades de independizarse de la pareja para comenzar a salir de la situación de violencia.

Durante el embarazo es aún más difícilmente reconocible la violencia sexual debido a las falsas creencias y mitos que atribuyen su perpetración por desconocidos y personas alejadas del entorno. La realidad es que la comisión de delitos de violencia de género y sexual suele estar circunscrita a personas conocidas del entorno cercano de la mujer, lo que dificulta su detección e incrementa la vulnerabilidad de la mujer que la sufre.

Los primeros trabajos sobre violencia sexual en el embarazo advirtieron que podría ser un grave problema de salud. En 2014, Velasco et al. señalan una prevalencia del 21,3% en violencia

periembarazo, del 21% en violencia emocional y del 3,6% de violencia física. Otros estudios realizados hablan de una prevalencia de entre el 2 y el 13% en mujeres en estado de gestación que sufren algún tipo de violencia de género a nivel mundial.

La OMS (2011) considera que la violencia de género es especialmente preocupante durante el embarazo, dado que puede provocar consecuencias graves para la salud física, sexual, reproductiva y mental de la mujer embarazada, además de minimizar gravemente su bienestar social o incluso acabar en consecuencias fatales (homicidio, suicidio, mortalidad materna). También se pueden producir abortos, partos prematuros o incluso muerte neonatal. La mujer se encuentra en una etapa de máxima vulnerabilidad afectiva y psicológica, ya que su organismo, su metabolismo y su funcionamiento hormonal, postural, alimenticio, laboral, afectivo y sexual se verá alterado en determinados momentos de la gestación, lo cual la puede llevar hacia conductas de dependencia y sumisión para sobrevivir.

Por todo ello, se considera embarazo de alto riesgo, todo aquel en el que una mujer está sufriendo violencia de género (física, psicológica y sexual).

Actualmente no existen cifras concluyentes, ni metodologías unificadas para la recolección de datos sobre incidencia de violencia de género en esta etapa del embarazo y puerperio, dadas las propias dificultades que ofrece el registro de datos en las bases de datos comunes del SNS, lo que dificulta la construcción de los indicadores comunes del SNS respecto a mujeres embarazadas que sufren violencia de género en cualquiera de sus expresiones (física, psicológica y sexual), especialmente para su recogida desde el ámbito de Atención Primaria.

En consecuencia, es necesario prestar especial atención a los signos y síntomas derivados de la violencia de género que pueden presentar las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio a causa de la violencia sexual. Debe ser una prioridad y una necesidad sanitaria considerar su vulnerabilidad para ser sometidas también a violencia sexual y especialmente en aquellos casos en que su embarazo ha tenido como origen la violencia sexual.

4.2. Discapacidad

Según la información de la **Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020** elaborada por el INE, de los 4,38 millones de personas que declaran tener alguna discapacidad, el 58,6% son mujeres.

La Macroencuesta de Violencia contra la mujer de 2019 (DGVG, 2020) señala que el 17,5% de las mujeres con discapacidad que han sufrido violencia (física, sexual o emocional) de alguna pareja, declaran que su discapacidad es consecuencia de la violencia ejercida por sus parejas.

Por otro parte, el 14,8% de las mujeres con discapacidad ha sufrido violencia sexual de alguna pareja (actual o pasada) a lo largo de la vida frente al 8,9% de las mujeres sin discapacidad. La violencia sexual por alguna expareja (expareja en el momento de la entrevista, no necesariamente en el momento de la agresión) afecta a más de una de cada cinco mujeres (22,1%) con discapacidad.

Entre las mujeres que tienen una discapacidad y han sufrido violencia sexual fuera de la pareja alguna vez en su vida, el 14,3% afirman que la discapacidad es consecuencia de estos episodios de violencia sexual.

Las mujeres con discapacidad acreditada sufrieron violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de sus vidas en mayor proporción (10,3%) que las mujeres sin discapacidad acreditada (6,2%). Y el 4,7% de las mujeres con discapacidad han sido violadas por una persona distinta de su pareja o expareja frente al 2,1% de las mujeres sin discapacidad.

Un 6,3% de las niñas con discapacidad han sufrido violencia durante o en la infancia frente al 3,3% de las niñas sin discapacidad.

Respeto al resto de la población general, factores como la edad, el sexo y el lugar de residencia posiciona a las personas con discapacidad con mayor riesgo de padecer algún tipo de violencia: psicológica, física y/o sexual.

En la infancia y adolescencia, como consecuencia de su discapacidad, también son más vulnerables para sufrir discriminación en el ámbito familiar, en el educativo o en el acceso al empleo. Asimismo, en la edad adulta la discapacidad les sitúa con mayor vulnerabilidad para ser víctimas violencia en el hogar (dado: la dependencia económica de ellos, el manejo de la autonomía y la libertad en diferentes ámbitos vitales).

El sistema sanitario tampoco responde adecuadamente a sus necesidades y la protección social que reciben no exime a la mayoría del riesgo de pobreza.

La *Resolución del Parlamento Europeo, de 30 de noviembre de 2017, sobre la aplicación de la Estrategia Europea sobre Discapacidad (2017/2127(INI))* reconoce que “*las mujeres con discapacidad, especialmente de carácter intelectual, están más expuestas a la violencia de género, el acoso sexual u otro tipo de abusos*”; además, señala que “*su situación de dependencia puede impedirles identificar o denunciar el abuso*”; destaca la necesidad de seguir atendiendo a la aplicación de la Estrategia Europea sobre Discapacidad, que prevé la adopción de medidas preventivas orientadas a evitar todo tipo de abusos y prestar un apoyo de alta calidad, accesible y adaptado a las víctimas de violencia.

La discapacidad no es un problema individual, sino un fenómeno socialmente construido. Es especialmente importante conocer las barreras que sufren las mujeres con algún tipo de discapacidad, tales como:

- Desconocimiento de sus derechos, y de los servicios de apoyo y recursos disponibles.
- Miedo a denunciar ante la posible pérdida de la persona cuidadora.
- Capacidad mermada para defenderse de la manipulación emocional del maltratador/agresor.
- Prejuicios culturales que apartan a estas mujeres del espacio público, recluyéndolas, en exclusividad, al espacio doméstico siendo cosificadas y minusvaloradas.
- Dificultades para desplazarse en su vivienda o en espacios exteriores, confinando a la persona y aislándola de su entorno próximo y de la sociedad en general.
- Barreras tecnológicas de movilidad y comunicación.
- Barreras de comunicación sin medios de adaptación que faciliten la autonomía personal, sobre todo en mujeres con ceguera, sordera o sordoceguera; que dificultan la expresión de sentimientos, emociones y agresiones.
- Autoestima y emotividad dañada y disminuida en relación con la población general.
- Infantilización y asexualización, contribuyendo a invisibilizar las violencias sexuales y a limitar su autonomía

4.3. Ruralidad

La ruralidad es un concepto complejo con afectaciones a nivel social, no sólo por el tamaño poblacional reducido o por la dispersión geográfica, también por una mayor distancia a los recursos (sobre todo los especializados), acceso limitado a ciertos servicios, a las características demográficas de los territorios, su estructura social, económica, política, cultural, la división sexual del trabajo y el mantenimiento de los roles y estereotipos de género, interactuando y configurando un ámbito de mayor vulnerabilidad perpetuando la violencia contra las mujeres.

En el ámbito rural, las mujeres viven en general en entornos donde son habituales los modelos patriarcales y las creencias sexistas y discriminatorias de género que pueden invisibilizar las violencias contra las mujeres. Además, el estricto control social, el aislamiento y la dispersión dificultan el reconocimiento y la denuncia de la violencia sexual. A ello se añade el miedo al qué dirán o a la pérdida de anonimato. Por ello es importante que la denuncia y el seguimiento de

los casos se puedan hacer desde un lugar diferente a aquel en que residen y con la máxima garantía de confidencialidad.

La violencia de género en el contexto rural se presenta como un fenómeno oculto, invisible y estigmatizado. La incorporación de la perspectiva de ruralidad en la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019) de la DGVG revela, que el 10,5% de las mujeres que viven en municipios de menos de 2.000 habitantes ha sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja y el 26,3% algún tipo de violencia psicológica. Estos porcentajes son del 12,5% y del 27,6% respectivamente entre las que residen en municipios de entre 2.000 y 10.000 habitantes, y del 14,8% y 33,1% respectivamente para las mujeres que viven en municipios de más de 10.000 habitantes.

Según la Macroencuesta, las mujeres que residen en el medio más rural (localidades de 2.000 habitantes o menos), son las que en menor proporción han buscado los servicios de la policía o los juzgados para hacer frente a la violencia de género o poner una denuncia (un 17,1% frente al 29,1% de las mujeres residentes en municipios de mayor tamaño).

Según el estudio *Violencia Sexual. Un problema cercano, una solución posible*, a iniciativa de la Asociación de Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales (AMUVI), teniendo en cuenta la perspectiva de ruralidad y en relación con las denuncias de las agresiones sexuales, el 72,2% de las personas que viven en municipios de más de 10.000 habitantes consideran que las agresiones sexuales no se denuncian nunca o casi nunca, frente a un 65,3% de quienes viven en municipios de menos de 10.000 habitantes. En el curso de las entrevistas desarrolladas se identificó: la existencia de violencia psicológica (100% de las mujeres entrevistadas); seguida de la física (78,26%) y la económica (56,52%) como las formas más prevalentes. La violencia sexual se identificó en un 34,78%, aunque en este estudio señalan que fue una de las que más costó verbalizar.

Otro estudio realizado por el Ministerio del Interior (2018) señala que es en el medio rural donde se cometen el mayor porcentaje de agresiones sexuales en grupo (31%), comparándolo con vía pública (25%) y domicilio (20%). El mismo estudio indica que el 52,17% de los agresores sexuales en este ámbito son de nacionalidad española. Destaca el perfil de alguien que selecciona a las víctimas entre mujeres que ejercen la prostitución por su accesibilidad, abusando de su confianza como método de aproximación y mediante el uso de un vehículo para llegar hasta la víctima y, en algunos casos, como lugar donde se comete la agresión.

La atención y acompañamiento a las víctimas deben ser efectivos y de calidad, adaptados a las condiciones y especificidades del entorno rural. Por ello, se debe insistir en la formación sobre perspectiva de género en salud para el conjunto de profesionales que intervienen (Servicios

sociales, Servicios de Salud, IMLCF y FFCCS). También se debe trabajar en mejoras del propio entorno rural y su habitabilidad, como la cercanía y adaptabilidad del transporte público a núcleos rurales más pequeños y la implantación de más servicios de proximidad, adecuándolos a los principios de privacidad, anonimato, confidencialidad y seguridad de las víctimas de violencia sexual.

4.4. Origen étnico y cultural

La desigualdad y la discriminación tienen un carácter interseccional, ya que los distintos ejes de desigualdad pueden confluir en cada persona de manera simultánea. Además del género y la edad, que atraviesan a toda la población, la adscripción étnica puede condicionar mayores tasas de pobreza, privación en varias dimensiones, confinamiento en zonas y con peor calidad urbana y menor dotación de servicios, confluyendo experiencias múltiples de discriminación que afectan a sus oportunidades de desarrollar estilos de vida saludable.

La diversidad de las mujeres ante la discriminación en función de la racialización, religión, etnia, origen, clase social, edad, capacidades, orientación sexual, o hábitat, entre otras. En función de esta diversidad, las mujeres ocupan posiciones diferentes ante la respuesta institucional que hay que dar a estas violencias.

Las mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos en relación con el mayoritario en cada país, necesitan especial atención en adaptar las metodologías para poder trabajar con ellas la prevención de la violencia sexual o la intervención ante la misma. La mayoría de las campañas no recogen la propia especificidad étnica y los recursos de atención a las mujeres supervivientes tampoco están adaptados a sus necesidades específicas, lo que hace que estas mujeres no acudan a las instituciones a no ser que se encuentren en situaciones de emergencia.

Cualquier mujer víctima de violencia sexual necesita apoyo cercano, familiar y social, para poder salir de su situación de violencia. Verbalizar el problema puede suponer un paso especialmente difícil para una mujer perteneciente a un grupo étnico particular, porque hablar puede acarrear rechazo, tener que renunciar o la propia ruptura con su red de apoyo habitual, desde el comienzo del proceso.

En el caso de la población gitana, la familia y la comunidad son pilares fundamentales. Los conflictos se resuelven a través de la mediación mediante figuras de referencia dentro de la propia comunidad, lo que hace que interponer una denuncia se torne difícil pues implica reconocer que la mediación de la propia comunidad ha fallado. Esto puede suponer rechazo o ruptura con la propia comunidad, conflictos entre las familias y consecuencias añadidas para las

mujeres tales como: culpabilidad, cuestionamiento del entorno, revictimización, miedo, etc. Consecuencias similares pueden darse al interior de otros grupos étnicos, en los cuales los valores sociales pueden ser un impedimento para que las mujeres denuncien o sean creídas.

Los servicios públicos adolecen en su mayoría de formación específica o de suficientes recursos de apoyo para la atención en interculturalidad y a menudo se desconoce cómo abordar una situación de violencia sexual con una mujer perteneciente a un determinado grupo étnico, añadiendo la dificultad del diferente idioma en muchas ocasiones. Para trabajar desde la prevención y la intervención en este contexto de vulnerabilidad es necesario tener en cuenta una serie de premisas:

- Trabajar de manera coordinada con asociaciones, entidades y figuras de referencia de su comunidad, cuidando la comunicación y el lenguaje empleado.
- Realizar campañas preventivas que recojan diversidad social y cultural, trabajando desde y con las asociaciones de referencia.
- Recoger experiencias y vivencias de mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos para conocer su realidad y así mejorar la intervención con ellas.
- Mejorar la formación en competencias interculturales de profesionales de atención y promover la colaboración con agentes de mediación intercultural.
- Traducir idiomática y culturalmente los folletos informativos más relevantes.

4.5. Migración y racialización

Este eje de desigualdad se relaciona con diferentes condicionantes socioeconómicos que dificultan la supervivencia en los países de origen, tales como las guerras, la explotación de los territorios y sus recursos, o la ínfima calidad de vida mermada por la falta de empleo y oportunidades, que son los factores estructurales que finalmente expulsan a las personas de sus territorios por hacer inviable la vida.

Los procesos migratorios pueden producirse por diferentes causas que influyen en la decisión de migrar (conflictos bélicos, económicas, de promoción personal, de reagrupación familiar, etc.) antes de tomar la decisión, durante el proceso y una vez alcanzado el país receptor. Cualquiera de estos procesos entrañan múltiples riesgos y desafíos especialmente para las mujeres, donde una vez más la violencia contra ellas se manifiesta en su vertiente estructural e instrumental del poder de los hombres para la subordinación de las mujeres, como mecanismo de sometimiento, dominación y control social de las mujeres, pudiendo ser violadas o captadas

en numerosas ocasiones por las redes de trata con fines de explotación sexual durante el proceso migratorio al nuevo país donde poder reconstruir su proyecto vital.

El cambio de lugar, la dificultad idiomática, el abandono de la red de apoyo y de cuidados, el sistema cultural y de creencias de su país de origen, el racismo y la xenofobia en el nuevo país al que consigue llegar, los requerimientos administrativos para la regularización de permisos de trabajo y residencia en el país de destino dificultan el acceso de estas mujeres a los recursos de atención y minan su calidad de vida.

Además, las condiciones de precariedad en las que algunas veces se encuentran sus hijas e hijos u otras personas dependientes en el país de origen, las exponen a mayores vulnerabilidades en el ejercicio de sus derechos y las llevan a insertarse en redes de trabajo sumergido, o ser víctimas de explotación sexual.

Según el *Informe sobre delitos contra la libertad e integridad sexual del Ministerio del Interior (2021)*, un 22,2% de víctimas de delitos contra la libertad e indemnidad sexual son extranjeras. Sólo un 11% de la población residente en España es extranjera, lo que significa que la condición de migrante duplica las posibilidades de sufrir estas agresiones respecto a personas nacidas en España.

La Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019) de la DGVG, advierte que las mujeres nacidas en el extranjero sufren o han sufrido violencia de género en mayor medida que las nacidas en España. Las nacidas en el extranjero han sufrido violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de sus vidas en proporción superior (9,8%) a las nacidas en España (6,0%). El 5,8% de las nacidas en el extranjero afirma que sufrió la violencia sexual en su infancia frente al 3,1% de las nacidas en España.

El 5,2% de las mujeres nacidas en el extranjero han sido violadas por una persona distinta de su pareja o expareja frente al 1,8% de las nacidas en España. Las mujeres nacidas en el extranjero citan en mayor medida que las nacidas en España, haber sufrido violencia sexual de familiares hombres (37,5% vs. 17,6%) y en menor medida de desconocidos hombres (27,4% vs. 42,0%). Las mujeres nacidas en el extranjero han sufrido consecuencias psicológicas derivadas de la violencia sexual fuera de la pareja en mayor medida (66,4%) que las nacidas en España (49,7%). Citan en mayor medida depresión (16,8 % España; 31,4% otro país), pérdida de autoestima (28,5% España; 40,3% otro país), o ansiedad (30,1% España; 42,1% otro país).

El principal factor que convierte el contexto migratorio en un factor que agudiza la vulnerabilidad ante la violencia sexual es la situación administrativa irregular y la desprotección institucional. A lo que se añade:

- Dificultad para acceder al entorno comunitario, al apoyo social y familiar, y al mercado laboral.
- Falta de conocimiento del idioma, choque cultural y el duelo migratorio
- La dificultad para la homologación de títulos formativos y carreras universitarias realizadas por las mujeres en sus países de origen, muchas veces, impide el ejercicio laboral según su cualificación profesional; teniendo que trabajar en servicios de cuidados o domésticos para diferentes hogares o en el sector agrícola y alimentario, con contratos temporales y bajos salarios.
- Dificultad económica que hace que muchas mujeres migrantes se vean expuestas a acoso sexual y tengan que sucumbir por miedo a ser despedidas, denunciadas o deportadas.
- Desconocimiento sobre derechos, recursos, procedimientos de denuncia y desconfianza en el sistema.
- Carencia de servicios de mediación intercultural y de traducción.

Algunas medidas específicas de aplicación para mejorar la atención en este contexto de vulnerabilidad serían:

- Impulsar campañas de prevención y sensibilización en diferentes idiomas, con las que las mujeres se sientan identificadas (diversidad racial y cultural) y que favorezcan la confianza de las mujeres en las instituciones y sus profesionales.
- Fomentar el aprendizaje de la lengua del país donde residen, así como su incorporación social a espacios grupales y/o comunitarios que refuercen sus apoyos sociales.
- Fomentar la formación en interculturalidad dirigida a las y los profesionales que las atienden en los diferentes servicios públicos, en especial, personal sanitario y sociosanitario.
- Mejorar la accesibilidad a los recursos garantizando el apoyo de la mediación cultural y la traducción en los servicios de proximidad que les atienden.

4.6. Consumo de sustancias y adicciones

Las mujeres víctimas de violencia sexual con problemas de adicciones presentan sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, estigmatización y rechazo social que se traduce en ocultar o retrasar la solicitud de ayuda, miedo a no ser creídas, escaso apoyo social y familiar, miedo a denunciar y enfrentarse a la retirada de custodia de hijas e hijos a causa de la adicción,

precariedad laboral, desempleo o empleo sumergido. Por parte de los recursos y profesionales existe falta de formación específica para la detección, atención y tratamiento de violencias sexuales y de género en mujeres con problemas de adicción, además de temor a no saber cómo abordar esta problemática que, por lo general, suele ser estar presente en un gran porcentaje de las mujeres.

En mujeres, el consumo de sustancias y psicofármacos puede estar presente previamente a la violencia sexual, pero en muchas ocasiones aparecen como una manera de sobrellevar esta circunstancia traumática, pudiendo generar un problema de adicción como consecuencia ésta. Es muy importante que las intervenciones con mujeres favorezcan la comprensión de esta interconexión entre esta violencia y dicho consumo.

Por otro lado, el gran estigma que recae sobre las mujeres con problemas de adicción desincentiva la denuncia y el tratamiento de los episodios de violencia sexual reciente o pasada, porque las mujeres temen no ser creídas y ser juzgadas por su adicción.

Según la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019) de la DGVG, el 13,7% de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia sexual estaban bajo la influencia del alcohol u otras drogas. Así mismo, del total de mujeres de 16 o más años residentes en España que han sufrido violencia sexual en algún momento de su vida de alguna persona con la que no mantienen ni han mantenido una relación de pareja, el 7,9% declara que consumió medicamentos para afrontar lo sucedido (16,5% en el caso de las víctimas de una violación), el 5,5% consumió alcohol (12,2% en el caso de las víctimas de una violación), y el 2,8% drogas (7,4% en el caso de las víctimas de una violación). En total, el 12,7% de las víctimas de violencia sexual han consumido alguna sustancia para afrontar lo sucedido (porcentaje que asciende hasta el 26,6% entre las víctimas de una violación).

La medida fundamental para este contexto de vulnerabilidad es la mejora en la detección, atención y tratamiento de mujeres con problemas de adicción víctimas de violencia sexual. Para ello es necesario sensibilizar y formar a profesionales de todos los sectores que intervienen en adicciones y violencia de género (fuerzas y cuerpos de seguridad, ámbito judicial, servicios sociales, servicios sanitarios y otros).

4.7. Prostitución y trata con fines de explotación sexual

La trata de personas con fines de explotación sexual constituye una violación de los derechos humanos que afecta a millones de personas en todo el mundo y es, además, una grave expresión de violencia de género dado que se ejerce fundamentalmente sobre mujeres y niñas. Asimismo,

tal como se explicita en el *Anexo para la Actuación Sanitaria frente a la Trata con fines de Explotación Sexual* (2017) que completa el *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en el SNS* (2012), la trata es tipificada como un delito en nuestro país.

Según Naciones Unidas, el 94% de las víctimas detectadas por tráfico de personas con fines de explotación sexual son mujeres (68%) y niñas (26%). Los hombres adultos suponen un 3% y otro 3% los niños. El tráfico con otros fines (matrimonios forzosos, mendicidad, delincuencia) recae en un 34% mujeres, 20% hombres y niñas y niños 23% cada uno.

España es el décimo país de Europa en detectar víctimas de tráfico de seres humanos y el octavo en detectar víctimas de **trata con fines de explotación sexual**. En España, los informes de seguimiento del Plan Integral contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual 2015-2018, reconocen la dificultad de *conocer la magnitud de la trata con fines de explotación sexual en nuestro país resulta una tarea complicada, al tratarse de un delito de dimensiones transnacionales y en el que opera, en un porcentaje importante, la delincuencia organizada*. Tampoco se tienen datos concretos de la magnitud de la prostitución, que es el destino de la inmensa mayoría de las víctimas de trata con fines de explotación sexual.

Por otra parte, la violencia física y sexual es común en la vida de las **mujeres que ejercen la prostitución**, pudiendo ser infligida por sus clientes, proxenetas o por sus parejas íntimas. Esa violencia está naturalizada y es imperceptible para la sociedad, las autoridades, los sistemas de salud y los servicios sociales. Por tanto, está fuera de los registros y su cuantificación es prácticamente imposible.

Desde 2003, diferentes estudios realizados con mujeres prostituidas señalan que entre el 60% y el 90% de estas mujeres ha sido agredidas sexualmente, tanto en la infancia como durante el ejercicio de la prostitución.

El hecho de que para las mujeres que ejercen la prostitución sea muy difícil demostrar que una relación sexual ha sido forzada las lleva a no denunciar tales agresiones y a no solicitar ayuda. Las personas que las atiendan deben estar formadas y conocer el carácter interseccional de su situación, por lo que se hace necesaria la coordinación entre los servicios sanitarios, sociales y, con frecuencia, policial y judicial.

La violencia física y sexual que sufren las expone no sólo a lesiones que pueden incluso provocarles la muerte, sino también a otros riesgos como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH, los embarazos no deseados, otros problemas de salud sexual y reproductiva, el uso de drogas, una mala salud autopercebida, la falta de acceso a elementos básicos como la vivienda o la alimentación y trastornos emocionales y mentales. También

importantes consecuencias para su salud con las interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) de repetición y el aborto forzado. Algunas de estas situaciones a su vez, pueden ser tanto consecuencias como causas para la aparición de la violencia. Otros factores, como la condición de inmigrante en situación irregular, ponen a estas mujeres en una mayor vulnerabilidad ante la violencia.

4.8. Sinhogarismo

Un contexto de especial vulnerabilidad para la violencia sexual, son las mujeres sin hogar. La Estrategia Nacional Integral para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030, con base en los datos recopilados por la última encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2022, estima que existen unas 28.500 personas sin hogar en España, un 24% más que en la última encuesta de 2012. Un 23,3% son mujeres. La cifra hace referencia solamente a las personas de más de 18 años, que han sido usuarias de centros asistenciales de alojamiento, por lo que puede existir infraregistro en el dato.

Las mujeres sin hogar tienen perfiles diferentes a los hombres en la misma situación, su nivel de estudios es más alto, tienen pareja en mayor proporción (38%) y suelen mantener contacto con sus familias. Con más frecuencia entran y salen de la situación de sinhogarismo y pasan de una forma a otra (calle, albergues, refugios, viviendas ocupadas, chabolas, etc.), si bien no tienden a dormir en la calle, utilizando más los recursos de alojamiento existentes u otro tipo de alojamientos no "oficiales" (como dormir en malas condiciones en edificios o casas de otras personas en situación de precariedad) porque evitan pernoctar en la calle por el altísimo riesgo que supone para ellas, más si están sin pareja masculina. Muchas, de hecho, mantienen relaciones de parejas violentas y/o son sometidas a otro tipo de abusos para tener algún tipo de "protección" adicional frente a "terceros" con tal de no pernoctar solas en la calle, aunque quien les brinde esa "protección" las maltrate a su vez.

La mayoría de los recursos institucionales para personas sin hogar están pensados para hombres y no son percibidos como lugares seguros por las mujeres, de hecho, son sometidas a violencias por hombres alojados en estos establecimientos.

Estas mujeres suelen tener un importante deterioro de su salud física y mental. Tanto sus patologías físicas graves o crónicas, como su elevado nivel de trastornos mentales (hasta el 40%), las aboca, con frecuencia, a una situación de discapacidad, referida por el 35% de las mujeres y que en muchos casos era previa a la situación de sinhogarismo, creando una especie de círculo vicioso entre ambas situaciones.

Los daños a la salud de las personas sin hogar son provocados por la desigualdad social y económica. Presentan altas tasas de infecciones víricas y bacterianas. Altísimas tasas de suicidio y muerte por violencia y graves problemas psicológicos y conductuales, como un consumo problemático de alcohol, aunque mucho menor que el de los hombres sin hogar, y sobre todo un importante consumo de sedantes.

Un estudio realizado en Madrid (*Investigación-Acción Mujeres Invisibles. Una mirada a las violencias y la exclusión; 2019*) muestra que hasta el 57,7% de las mujeres en esta situación han sufrido violencia de pareja/pareja, y en el 78% de los casos, esa violencia se había dado antes de su situación de sin hogar.

Las mujeres sin hogar tienen mayor riesgo que los hombres de sufrir todo tipo de violencia y abusos, incluida la violencia sexual, tanto en la edad adulta como en la infancia. El 35% ha sufrido agresiones sexuales en edad adulta, el 70% antes de llegar a la situación de sinhogarismo. De las que han tenido pareja, el 37% ha sido obligada a mantener relaciones sexuales por otra pareja anterior. También es probable que estas mujeres sufran malos tratos de su pareja actual.

El informe de investigación HATENTO (2015) sobre delitos de odio contra personas sin hogar, recoge que el 60% de las mujeres había sufrido algún tipo de victimización, frente al 44% de los hombres, sobre todo insultos, trato discriminatorio, acoso e intimidación, robos y daños a sus pertenencias y también agresiones físicas (23%) y agresiones sexuales (19%), (frente al 0,5% de los hombres), siendo esta la única la victimización significativamente diferente por sexo.

El abordaje de la violencia sexual en mujeres en situación de sinhogarismo tiene componentes de otras muchas formas de violencia y de discriminación, además de carencias que habrá que atender, como un lugar seguro para estar mientras recibe la atención y para cuando la atención urgente termine. En el caso de estas mujeres, así como las que tienen un trastorno mental grave y/o problemas de adicciones, los recursos de alojamiento especializados para víctimas de violencia de género las suelen excluir, por lo que, en la práctica, no cuentan con alojamientos específicos para abordar las violencias, lo cual hace casi imposible que salgan de la dinámica del abuso y la destrucción.

4.9. Mujeres mayores

Según la Macroencuesta de violencia contra la mujer de la DGVG de 2019, el 8,1% de las mujeres mayores reconocen haber sufrido violencia sexual en parejas pasadas. En general, la interseccionalidad entre sexismo y edadismo ha invisibilizado a las mujeres mayores en general y a las mujeres mayores víctimas de violencia sexual y de género en particular.

En relación con el **tipo de violencia** que sufren con más frecuencia las mujeres mayores, destacan el maltrato psicológico y emocional, principalmente el control, que genera entre otras muchas cosas aislamiento social; la violencia económica y la violencia sexual. Muchas mujeres mayores han padecido y padecen relaciones sexuales no satisfactorias con sus necesidades, deseos y afectos, pero que les vienen impuestas por sus parejas masculinas en la forma que ellos desean practicarlas.

A la suma del género y la edad, otros factores como la posibilidad de mantener o la imposibilidad de conseguir un trabajo remunerado dentro del segmento de edad laboral, condiciona su mayor o menor vulnerabilidad económica y éste es un factor transversal que intersecciona sin duda con su mayor o menor riesgo de sufrir o seguir sufriendo violencia sexual y de género.

En resumen, entre **los factores que hacen más vulnerables a las mujeres mayores** cabe citar: su mayor dependencia económica, un mayor aislamiento y soledad, la falta de apoyo personal y social, la persistencia de los roles tradicionales de género, el daño producido por el maltrato continuado y la falta de detección y visibilidad ante los servicios de atención a las víctimas de violencia de género.

La salud de las personas mayores está muy relacionada con la forma en la que han vivido durante toda la vida. El **impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres mayores** puede acarrear graves problemas de salud: dolores crónicos, lesiones, discapacidad, problemas de movilidad, estrés, depresión, trastornos del sueño, baja autoestima, etc. Además, se debe tener en cuenta también el desgaste de la discriminación estructural por ser mujeres y por ser mayores.

Los cambios físicos propios de la edad y las patologías con carácter crónico condicionan sin duda la calidad de vida en un marco de envejecimiento activo y saludable. En este sentido, el sistema sanitario también es una pieza clave para la detección y abordaje de las violencias de género, incluida la violencia sexual, en mujeres mayores. Un sistema sanitario de espaldas a las mujeres mayores puede pasar por alto problemas de violencia estructural que se reflejan como dolencias de salud, pudiendo caer en la medicalización de estos malestares que pueden tener como origen dicha violencia en todas sus expresiones, tanto en el ámbito familiar como fuera de él.

4.10. Personas con VIH

Según datos del Ministerio de Sanidad, el 14,2% de los diagnósticos de VIH durante el 2019 se han dado en mujeres, de ese porcentaje: el 52,5% nacieron fuera de España; y el 53,4% fue un diagnóstico tardío y de enfermedad avanzada. Algunas autoras han señalado ciertos factores de

riesgo relacionados con la infección por VIH, como son entre otros, las prácticas sexuales no protegidas, ITS previas, estar en situación de prostitución, tener pareja con VIH, ser víctima de abusos sexuales en la infancia, el inicio de relaciones sexuales forzadas y/o con conductas de riesgo, y mantener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y/u otras drogas.

La Macroencuesta sobre Violencia contra la mujer 2019, indica que el 5,6% de las mujeres mayores de 16 años, han contraído alguna ITS como VIH, hepatitis, gonorrea, clamidia o sífilis tras sufrir violencia sexual por parte de su pareja. Fuera de la pareja, el 0,8% contrajo una ITS tras violencia sexual y el 2,5% tras una violación.

Algunas situaciones que hacen más vulnerables a las mujeres a contraer el VIH tras sufrir violencia sexual son: la penetración anal o vaginal forzada o violenta que puede producir abrasiones o cortes por donde se produzca la entrada del virus, con mayor susceptibilidad en adolescentes por las características del epitelio de sus mucosas genitales; así como la dificultad para la negociación del uso del preservativo por miedo a negarse a mantener relaciones y a las represalias que pueden sufrir. Sin olvidar que el estrés y la depresión tras una agresión sexual pueden causar desregulación en el sistema inmunológico de las mujeres, con más posibilidades de contraer la infección por VIH y otras ITS.

En las mujeres con infección por VIH víctimas de violencia sexual por parte de la pareja o personas conocidas esta violencia tiene un efecto directo en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Sufren doble estigma, por ambas causas, empeorando su situación vital y de salud, pese a que son mujeres con adherencia al tratamiento, ya que están acostumbradas a la disciplina, hipervigilancia, sumisión y obediencia dentro de la relación de pareja como consecuencia del maltrato.

Son muchas las mujeres que se sienten inseguras y devastadas por la situación de violencia a la que se le suma el VIH, que sufren a lo largo de muchos años, sin tener fuerzas para contar la situación, por ello es imprescindible que las y los profesionales sociosanitarios estén vigilantes y piensen en la frecuencia con la que la asociación de estos dos problemas de salud pública se dan en la realidad asistencial para detectar de forma precoz y prestar la atención sanitaria adecuada y acompañar a las mujeres en la derivación a recursos especializados.

4.11. Personas LGBTI

Se utiliza el acrónimo LGBTI para referirse al colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales.

España es uno de los países de la Unión Europea donde mayor visibilidad tiene el colectivo. Y aunque es importante destacar el gran avance social, legal y cultural que se ha realizado en relación con la consecución de derechos para las personas LGBTI en los últimos años, materializadas en España con la aprobación de la reciente ***Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGBTI***, también hay que señalar que todavía la comunidad enfrenta múltiples discriminaciones por su orientación sexual y/o identidad de género y cabe destacar la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran muchas personas de este colectivo ante la violencia sexual.

En cualquier intervención para con víctimas reales o potenciales de violencia sexual hay que tener en cuenta sus necesidades específicas para poder atenderlas, asumiendo la diligencia debida de las administraciones públicas en la prestación de sus servicios en tanto que esgarante y restaurador de los derechos de la ciudadanía.

Por ello, es imprescindible también atender a la diversidad de género de las propias mujeres, creando un marco adaptado a las necesidades de las mujeres trans que hayan visto vulnerada su integridad sexual, realizando tantas acciones como sean necesarias para la consecución de este objetivo.

La Agencia de Derechos Fundamentales de la UE (FRA) ha hecho públicos los resultados de la mayor encuesta realizada al colectivo en el año 2020 con datos del 2019, reflejando que un 42% de personas LGBTI revelan haber sufrido discriminación en el último año.

Una vez más y en relación con la violencia sexual las estadísticas no reflejan la verdadera dimensión de la violencia a que se enfrenta este colectivo, ya que muchos actos no llegan a ser denunciados por miedo a identificarse como una persona LGBTI, las posibles represalias, o por estigmas y prejuicios. Son muchas las personas que viven aun escondiendo su verdadera orientación y/o identidad.

La OMS (2013) señala la importancia de eliminar las desigualdades en el acceso a servicios de salud de este colectivo para garantizar sus derechos humanos, también en el caso de atención ante agresiones sexuales. En general, en relación con la atención sanitaria, se ha identificado en diferentes estudios una desinformación por parte de los equipos sanitarios en torno a temáticas de género y diversidad sexual. Por tanto, es necesario mejorar en este aspecto, los contenidos de las actividades de sensibilización y de formación continuada en materia de violencia de género, y en particular, respecto a la actuación sanitaria en los casos de violencia sexual, reciente o sufrida en el pasado, en este colectivo.

5. ACTUACIÓN SANITARIA CON MUJERES

5.1. Detección

La detección de posibles situaciones de violencia sexual reciente o en el pasado es una tarea imprescindible para iniciar el restablecimiento de los derechos de las víctimas. Los espacios de atención primaria y hospitalaria pueden ser escenarios privilegiados para la detección de la violencia de género reciente o pasada, siempre que exista una actitud activa, proclive y deliberada de indagar entre los equipos profesionales sanitarios.

Se ha demostrado que las mujeres que acuden a consulta se encuentran en capacidad de hablar y contar si son, o han sido, víctimas de **violencia de género en el pasado reciente o lejano** cuando son preguntadas de forma directa. Es fundamental que los equipos sanitarios recojan y actualicen la información de la situación de las mujeres que acuden a consulta (ya sea por medio de indagaciones periódicas o al registro inicial de una historia clínica).

*La OMS nos dice que, **contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a dar a conocer que son víctimas de violencia y malos tratos cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa.***

Preguntar a las mujeres, en las consultas de AP, a partir de los 14 años, si están sufriendo o han sufrido algún tipo de violencia sexual en sus vidas, con preguntas adecuadas, según edad, situación y características de las mujeres, en un ambiente de seguridad y confianza para ellas, es la manera de poder detectar esta forma de violencia hacia las mujeres.²

Esto también extenderá entre la población la idea de que el personal de los servicios sanitarios tiene interés y se preocupa por estos temas, dado que afecta a la salud individual y colectiva, favoreciendo progresivamente que el hecho de preguntar se asuma de forma natural por la población y por profesionales.

NO HACER es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. ACTUAR contribuye, además de poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género. Frecuentemente no se interviene por miedo a no saber qué hacer, hacer más daño, u otros condicionantes, pero es importante señalar que el sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico. Con frecuencia la consulta es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa.

El ámbito de la **detección temprana de la violencia de género**, centra su objetivo en consolidar los servicios públicos de proximidad como puertas de entrada fundamentales para la detección

² El screening sistemático es recomendable en mujeres adultas. Los casos específicos para la detección de agresiones sexuales en niñas, niños y adolescentes deben seguir otras directrices que se especifican en el *Protocolo común de actuación frente a la violencia en menores y adolescentes desde el ámbito sanitario* de la Comisión frente a la Violencia en Niños, Niñas y Adolescencia del CISNS (CoViNNA).

temprana, con especial atención a los centros de salud, a los servicios sociales, a los servicios especializados y al ámbito educativo.

La mejora de la detección de violencias recientes o pasadas y su registro está relacionada con el hecho de que la indagación se convierta en una práctica asidua y de rutina entre profesionales, mediante el uso de herramientas estandarizadas (cortas y sencillas en su aplicación) para la detección temprana de la violencia de género en cualquiera de sus expresiones, incluida la violencia sexual

Hay muchas formas de abordar el tema y, según la literatura científica, siempre será mejor preguntarlo que no hacerlo, ya que las mujeres que son víctimas suelen necesitar contarlo. Pueden utilizarse preguntas más generales de orden psico-social o puede hacerse referencia al objetivo de detección (dada la alta prevalencia del problema); lo importante, es formular las preguntas siempre en un escenario de seguridad, en el que la mujer se sienta lo más cómoda posible, asegurando la total confidencialidad (evitando la presencia de la pareja).

El “Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género de 2012” ya ofrecía algunas preguntas guía de carácter general respecto a la violencia de género, que han sido actualizadas para este Protocolo acorde a los avances legislativos y a las distintas situaciones, y que pueden ser utilizadas en las consultas, tales como:

Algunas preguntas guía para la DETECCIÓN en consulta	
En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:	
✓	Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía.): ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben estos síntomas? ¿Los relaciona con algo?
✓	¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema con, quizá, su pareja? ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo? ¿Con alguna otra persona?
✓	Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?
✓	¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?
En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad:	
✓	Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿Se encuentra usted en esta situación? ¿Cómo vive su pareja el embarazo? ¿Se siente apoyada por él?”
✓	Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación? ¿se siente sola?”
✓	Se sabe que, en ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?

Preguntas para la VALORACIÓN DEL RIESGO en consulta
Preguntas sobre situación de violencia y tipo
Violencia física
✓ ¿Su pareja le empuja o agarra? ✓ ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o le agrede de alguna otra forma? ✓ ¿Alguna otra persona ejerce estas acciones contra usted?
Violencia sexual
✓ ¿Su pareja o alguna de sus parejas anteriores le ha obligado a tener relaciones sexuales contra su voluntad? ¿Y alguna otra persona de su entorno habitual? ¿Y otras personas? ✓ ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea? ✓ ¿Se niega a utilizar preservativo o le impide o controla el método anticonceptivo que usted desea utilizar?
Violencia psicológica
✓ ¿Alguna persona le grita a menudo o le habla de manera autoritaria? ✓ ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos? ✓ ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas? ✓ ¿Se pone celoso sin motivo? ✓ ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades? ✓ ¿La culpa de todo lo que sucede? ✓ ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuenta de los gastos? ✓ ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar? ✓ ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona? ✓ ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?
Violencia Ambiental
✓ ¿Maltrata a las mascotas? ✓ ¿Da golpes en las paredes, puertas? ✓ ¿Destruye objetos queridos por usted?
Sobre la intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia:
✓ ¿Desde cuándo sufre esta situación? ✓ ¿Con qué frecuencia se producen los episodios violentos? ✓ ¿Hay momentos en que él es cariñoso y la trata bien? ✓ ¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo, o se comporta como si nada hubiera pasado? ✓ ¿La intensidad, frecuencia, gravedad de la violencia ha ido aumentando en el tiempo?
En caso de que tenga hijos/as:
✓ ¿Suelen presenciar la violencia? ✓ ¿La violencia física, emocional o sexual también se dirige directamente hacia ellos/ellas? ✓ ¿Cómo cree que esta violencia les está afectando?

Fuente: *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* (2012)

Como ya se mencionaba en el Protocolo Común de 2012, dada la frecuencia de visitas, el mayor alcance tiene lugar en las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria (teniendo en cuenta dos tipos de consultas: iniciales o habituales), por lo que estas y estos profesionales son los que tienen más posibilidades de detección. Así es también para los equipos de salud

mental y profesionales del trabajo social, dado el grado de proximidad y asiduidad en el contacto que tienen con sus pacientes.

En cuanto a la detección temprana y seguimiento en consulta sanitaria, todas las violencias sexuales comparten la **actitud de alerta y búsqueda activa de signos y síntomas de sospecha**.

Hay **indicadores de sospecha** que pueden identificarse a través de la observación directa y otros indicadores que sólo se determinan mediante exploraciones físicas, periciales, entrevistas, valoraciones específicas o mediante el proceso de coordinación profesional, orientado a recabar información que permita activar, cuanto antes, la atención especializada, de vital importancia en el proceso de recuperación y reparación de las víctimas de violencia sexual. Entre los **indicadores específicos** podemos encontrar señales o indicadores físicos, la propia revelación directa o indirecta de la víctima a través de su relato, comportamientos asociados al trauma o daños causados por la violencia sexual presente y pasada.

Es importante tener en cuenta que los indicadores y las consecuencias de la violencia sexual varían de una persona a otra; normalmente, es la acumulación de indicadores lo que sustenta una sospecha de violencia. Así mismo, la presencia de un sólo indicador, o un reducido número de estos, no se considera suficiente para determinar la ocurrencia de la violencia, a excepción de aquellos que no dejen lugar a dudas (como muchas lesiones físicas o el mismo relato de la víctima).

5.1.1. Detección temprana

En el ámbito de la **detección temprana de la violencia de género en todas sus expresiones, incluida la violencia sexual, el SNS, dispone desde 2022 del Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (2021)** para facilitar la detección de la violencia de género en los servicios de Atención Primaria que está siendo objeto de una implantación progresiva en todo el territorio del Estado. Este instrumento común fue aprobado en la sesión plenaria del CISNS en noviembre de 2021, dentro del marco del “Acuerdo para la implementación de las Medidas Sanitarias del Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género”.

El Documento diseñado y revisado en el seno de la COVIGE del CISNS, está disponible en la web del Ministerio de Sanidad.

La detección temprana desde los servicios sanitarios es crucial. La magnitud de la violencia contra las mujeres y el impacto que provoca en su salud (así como en el de sus hijas e hijos),

justifica la necesidad de incorporar herramientas sencillas como las facilitadas en el Instrumento Estandarizado que puedan usarse de forma rutinaria en los servicios de salud.

El mejor manejo de este instrumento para detección temprana requiere formación específica en el manejo de indicadores de sospecha, valoración del riesgo y desarrollo de destrezas para la entrevista en consulta, para el conjunto de perfiles que forman parte de los equipos profesionales involucrados en la atención integral y recuperación de las víctimas tanto en atención primaria como hospitalaria (*Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, Matronas, Trabajo Social, Urgencias, Salud mental y Toco-Ginecología*).

En la detección es fundamental en todos los casos y situaciones, como ya se ha reflejado en el capítulo 4 de este Protocolo Común sobre violencia sexual, prestar especial atención en contextos de vulnerabilidad de mujeres que viven en el medio rural, mujeres con discapacidad, mujeres migrantes, mujeres en procesos de empobrecimiento y exclusión social, además de otros grupos que también pueden presentar riesgos, síntomas y signos específicos (como: niñas; mujeres jóvenes o adolescentes; mujeres lesbianas, trans o no binarias; mujeres privadas de libertad; mujeres de diferentes grupos étnicos; afrodescendientes o racializadas; mujeres en situación de trata o prostitución; mujeres sinhogarismo o en situación de calle; o mujeres con adicción a sustancias).

La detección temprana de la violencia sexual desde el ámbito sanitario requiere abordar de manera diligente dichas especificidades teniendo en cuenta, una vez más, la perspectiva interseccional a través de procedimientos coordinados, ampliamente elaborados en los diferentes Protocolos vigentes en cada Comunidad Autónoma (adaptados a su realidad estructural y organizativa).

En el caso de la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, se tendrá en cuenta el itinerario y los procedimientos específicos para ello (reflejados en capítulo 7 de este Protocolo).

5.2. Atención a mujeres que han sufrido violencia sexual reciente

5.2.1. Consideraciones generales

Las actuaciones frente a la violencia sexual reciente engloban:

La respuesta urgente a aquellas situaciones de agresión sexual consideradas más agudas por haber ocurrido **en los últimos 7-10 días**, y que precisan la recogida de muestras biológicas por

parte de equipos forenses, o asistenciales, en los casos en los que, excepcionalmente, no es posible o en los que se va a retrasar la presencia de los primeros.

Esta consideración se basa en las especificaciones establecidas respecto a la validez de la toma de muestras del *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (CMF, 2021)*.

De acuerdo con el artículo 48 de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, la administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán la disponibilidad del personal médico forense para asegurar que el examen y las actuaciones de interés legal se practiquen a las víctimas sin demoras y conjuntamente con el reconocimiento ginecológico o médico preceptivo y todo aquel estudio médico necesario, siempre que medie el consentimiento de la víctima y evitando en todo caso, la reiteración de reconocimientos salvo que resultaren estrictamente indispensables para la investigación, independientemente y sin que sea condicionante el hecho de que la víctima decida interponer denuncia de los hechos.

Asimismo, este artículo 48, en referencia a la práctica forense disponible, accesible y especializada - sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 363 y 778.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal- habilita al centro sanitario para la recogida de muestras biológicas y otras evidencias en aquel supuesto excepcional, en el que no fuera posible la presencia del/la profesional de medicina forense en el centro hospitalario, garantizando la conservación y cadena de custodia para su remisión del modo más inmediato posible al IMLCF correspondiente.

En estos casos, el personal facultativo sanitario realizará la recogida de muestras biológicas y otras evidencias en el centro hospitalario según las características y condiciones establecidas en el Anexo 3 de este Protocolo. Dichas muestras se conservarán debidamente, garantizando la cadena de custodia para su remisión del modo más inmediato posible al IMLCF.

Será imprescindible cumplimentar el documento de custodia de muestras (Anexo 4) desde la primera muestra que se haya tomado (incluyendo extrahospitalaria) hasta la recogida o envío al IMLCF.

La remisión de muestras y otras evidencias al IMLCF, en virtud de los protocolos sanitarios existentes en los servicios sanitarios de las CCAA en caso de violencia sexual, las muestras se entregarán en el correspondiente IMLCF dentro de las primeras 72h y no superando el plazo máximo de 7 días desde el momento de su toma, con las debidas garantías de conservación y custodia desde su recogida.

5.2.2. Actuación sanitaria antes de llegar al centro hospitalario

Puede ocurrir que previamente a la llegada al hospital, se haya contactado con el 112 por parte de la ciudadanía, al encontrar a la persona agredida en el espacio público o bien al haber sido atendida por personal de los servicios de urgencias extrahospitalarias en el lugar donde se produjo la agresión. También, si acudió al centro de salud más cercano antes de ser trasladada al hospital correspondiente, por lo que las FFCCS podrán acompañar a la víctima asegurando la protección hasta su llegada al hospital.

En caso de que la persona agredida sea atendida previamente a su llegada al centro hospitalario de referencia:

1. Asegurar que la persona agredida no **corre riesgo vital inmediato**, estabilizándola con carácter previo a su traslado al centro hospitalario. Será importante tener especial cuidado en esta atención para NO destruir posibles pruebas.
2. Atender en un ambiente que garantice la **seguridad, intimidad y confidencialidad** de la persona agredida. Si es posible, el **apoyo psicológico** debe comenzar en el primer punto de atención sanitaria de la víctima.
3. Se estará alerta ante otras posibles formas de agresión sexual que la víctima no revela en un principio y específicamente ante la **sospecha de sumisión química**. En caso de ser necesaria la toma de muestras tiempo-dependientes (como, por ejemplo, orina y/o sangre si sospecha sumisión química), dejar constancia de este acto en el correspondiente documento de custodia de muestras.
4. **Establecer recomendaciones y pautas sencillas** explicando adecuadamente a la persona agredida las razones de cada una de estas: no lavarse, no cambiarse de ropa o preservar la que se retire, no comer, no orinar o defecar y/o no enjuagarse la boca.
5. Valorar las condiciones y necesidad de acompañamiento de la persona agredida para su **traslado urgente** hasta el centro hospitalario de referencia (ya sea en ambulancia u otro medio de transporte que decida la persona agredida, asegurando que ésta lo hace en condiciones de seguridad y constatando que ha entendido las recomendaciones y pautas sencillas que se le han facilitado).
6. Realizar un **preaviso al centro sanitario** de referencia para garantizar la preparación de la acogida adecuada. Se comunicará telefónicamente dicho traslado al servicio de urgencias del hospital de referencia; se contactará con el personal sanitario de urgencias

para informar de la derivación para que la atención se produzca de forma inmediata a su llegada (código de prioridad en la atención).

7. Se realizará un **informe médico completo de las actuaciones realizadas** por los servicios extrahospitalarios.

5.2.3. Actuación sanitaria en el centro hospitalario.

La violencia sexual, con independencia de su intensidad y tipología, puede generar lesiones que requieran asistencia sanitaria inmediata, así como establecer medidas de prevención y tratamiento de cualquier evento de salud relacionado con lo sucedido (incluyendo el apoyo psicológico y social según sus necesidades).

Teniendo en cuenta los aspectos generales expuestos anteriormente, este momento de la actuación sanitaria se centrará en estos bloques: Valoración inicial del estado de salud y exploración sanitaria y médico forense.

5.2.4 Acogida y valoración inicial

Es preciso asegurar que la persona agredida no corre riesgo vital inmediato, puesto que la persona puede acudir directamente al hospital por su propia iniciativa, sin haber sido avisado anteriormente el servicio de urgencias (112). Será importante tener especial cuidado en esta atención para *NO* destruir posibles pruebas.

Asimismo, se deberá acoger a la persona agredida en el centro hospitalario procurando un ambiente adecuado de respeto a su dignidad y garantizando en todo momento la intimidad y la confidencialidad. Hay que tener en cuenta la delicada situación en la que se encuentra la paciente. La actitud del personal sanitario debe ser respetuosa en todo momento. Las preguntas deben ser realizadas con sumo tacto y con un lenguaje adecuado a su edad y sus circunstancias. Será necesario habilitar un espacio para que la víctima pueda esperar acompañada por la persona de confianza que ella prefiera y decida, y que el personal sanitario que la atienda sean también del género femenino, dado que la mayoría de los casos de agresiones sexuales se dan en mujeres.

Se actuará **en presencia de personal de enfermería**, además de en presencia de la persona de confianza, acompañando de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Se le explicará la finalidad de las actuaciones que se van a realizar, permitiéndole la toma de decisiones, y se le invitará a preguntar lo que crea oportuno, asegurándose de que comprenda las explicaciones.

Será el **personal facultativo de Urgencias** quien valorará inicialmente a la persona agredida en aquellos hospitales en los que no exista un servicio de Urgencias Ginecológicas, en compañía de profesional médico-forense si ya está presente.

El relato que la persona haga de los hechos podrá registrarse en la Historia Clínica (HC) por parte del personal facultativo sanitario. No obstante, en el informe médico forense, de forma escrupulosa, sin presuponer ni interpretar, reflejando de la manera más literal posible las manifestaciones de la víctima, se recogerá este relato como prueba importante en el proceso judicial. En cualquier caso, la anamnesis debería hacerse de forma conjunta

En el caso concreto de **adolescentes**, entre 14 y 16 años de edad, se debe considerar que la anamnesis se pueda realizar sin la presencia de la madre o el padre, solicitando su permiso para hablar a solas con la víctima.

Valoración del estado psicológico

Se tendrán en cuenta las circunstancias que originaron la agresión y la valoración subjetiva que hace la persona agredida.

Se favorecerá la expresión emocional y se mantendrá una actitud empática y de escucha activa, validándola emocionalmente.

Respuesta emocional

- Shock emocional.
- Confusión - abatimiento.
- Temor a una nueva agresión - vulnerabilidad.
- Sensación de culpabilidad y vergüenza.
- Pasividad, ansiedad.
- Explosión de enfado, rabia o sobresalto.

Es importante considerar que las respuestas emocionales, especialmente en los momentos inmediatamente posteriores a la agresión, pueden ser muy variadas y no se limitan en exclusiva a las que figuran en este listado. Por ello, su presencia o ausencia no debe condicionar la credibilidad de la víctima.

Respuesta cognitiva

- Negación y/o minimización de lo sucedido

Respuesta fisiológica

- Temblor, sudoración, palidez.
- Alteraciones respiratorias, alteraciones del aparato digestivo (náuseas / vómitos).

Respuesta motora

- Tartamudez, bloqueo del habla, mutismo, verbalización excesiva.

Respuesta comportamental

- Hiperactividad, hipervigilancia.
- Desorientación.
- Rechazo al contacto físico.

Anamnesis ginecológica específica

En este primer momento de la intervención, el/la ginecólogo/a prestará especial atención al relato que la mujer haga de los hechos y se indagará sobre los siguientes datos:

- ✓ **Fecha, hora, lugar y circunstancias** de la agresión.
- ✓ **Tipo de agresión sexual**, vaginal, anal y/u oral, así como si se utilizaron instrumentos
- ✓ **Actos realizados tras la agresión y antes de la exploración** (aseo personal, toma de alimentos o medicamentos, orinó, defecó, se cambió de ropa, etc.).
- ✓ **Consumo asociado de alcohol u otras drogas** (voluntario o involuntario por sospecha de sumisión química).
- ✓ **Antecedentes médico-quirúrgicos**. Tratamientos habituales. Alergias. Estado vacunal.
- ✓ **Antecedentes de violencia de género**.
- ✓ Fecha de la **última regla**, hemorragia o secreción vaginal reciente, **uso de anticonceptivos**, alergias o tratamientos médicos.
- ✓ **Momento de la última relación sexual consentida** y posibles enfermedades de transmisión sexual (utilización de métodos de barrera).
- ✓ **Descartar posible embarazo preexistente**, por si afecta al plan posterior de tratamiento y seguimiento.

Indicadores de sospecha de posible agresión sexual por sumisión química

En posibles casos de **sospecha de sumisión química**, se atenderá a si:

- ❖ La mujer tiene la sensación de que le ha sucedido algún hecho de naturaleza sexual.
- ❖ Se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada.
- ❖ Ha encontrado en su cuerpo fluidos (semen, etc.) u objetos (preservativos u otros).
- ❖ Ha presentado lesiones o alteraciones inexplicables a nivel oral, anal o genital.
- ❖ Se ha despertado al lado de un desconocido o en un lugar extraño.

Será sumamente importante atender al relato de la víctima (ej. con frecuencia suele expresar que se encontraba en un ambiente carente de peligro (*como un restaurante, discoteca, casa de personas conocidas, etc.*) y, tras consumir una bebida, en un corto periodo de tiempo pierde la

conciencia). Algunas víctimas pueden no estar seguras de si han sido o no agredidas sexualmente, mientras que en otros casos hay signos y síntomas evidentes de tal agresión.

Es importante resaltar que la mayoría de los casos en que la mujer ha sido agredida sexualmente en estado de bajo nivel de conciencia ha sido por una situación de “vulnerabilidad química” (es decir, la mujer ha consumido voluntariamente alcohol u otras sustancias y esta circunstancia es aprovechada por el agresor).

En general, se procederá a la recogida de muestras analíticas y biológicas para determinación de enfermedades previas a la agresión (si es reciente) o consecuencia de la agresión (si ha pasado tiempo y sobre todo si se ha positivizado).

5.2.5 Exploración sanitaria

En los primeros momentos del hecho traumático, se deberá respetar la autonomía y voluntad de la persona agredida y recabar su consentimiento informado, así como velar por su seguridad y bienestar.

Para iniciar la exploración sanitaria será primordial obtener el **consentimiento informado**, que puede ser **verbal** (Ley 41/2002), y se registrará en la historia clínica para iniciar la exploración sanitaria. Se debe comunicar con personal médico-forense y juzgado de guardia si todavía no ha llegado el/la médico/a forense, según los procedimientos de coordinación establecidos con los IMLCF/juzgado de guardia en los protocolos respectivos en cada Comunidad Autónoma y la legislación vigente.

La evaluación sanitaria y forense se ha de realizar en acto único con el propósito de reducir el impacto psicológico tras la agresión y procurar que **no se repitan anamnesis y exploraciones innecesarias (victimización secundaria)**.

No obstante, **para la recogida de muestras y evidencias** es imprescindible contar con el **consentimiento escrito** por parte de la persona agredida, para el cual se utilizará un documento único, como el Anexo 2 que figura en este Protocolo Común del SNS. Los aspectos y pautas comunes en la exploración forense se recogen de forma separada en el capítulo 6 con fines ilustrativos, por si fuera necesario realizarlos en el caso excepcional de no poder contar con la presencia de profesional médico-forense en ese momento (artículo 48.2 de la LO 10/2022).

El **consentimiento puede ser revocado por la persona agredida** en cualquier momento de la exploración o de la toma de muestras, si así lo decide la persona agredida (Anexo 2).

Los siguientes apartados reflejan los aspectos más relevantes de la exploración, que se realizará tanto por los/as profesionales en ginecología (en el caso de hombres recurrir al capítulo 7; para

niñas, niños y adolescentes al capítulo 8) con la colaboración del personal de enfermería y de forma coordinada con medicina-forense.

La persona agredida debe ser informada en todo momento de las exploraciones y/o pruebas que se le van a realizar, qué muestras se van a tomar, etc., y se le invitará a que pregunte cuanto necesite. Además, debe tener la posibilidad de determinar el ritmo de la exploración y de rechazar cualquiera de sus fases, conforme a sus deseos, seguridad y bienestar que deben ser siempre respetados. Una vez finalice la exploración y la toma de muestras, se le debe ofrecer la posibilidad de aseo.

Es aconsejable, si la persona agredida lo desea, que, durante la exploración, esté acompañada por alguien de su confianza (o, en su defecto, por personal sanitario -enfermería, auxiliar-, preferiblemente del mismo sexo).

La exploración atenderá a estos grandes apartados:

Superficie corporal

- La persona agredida deberá desnudarse de pie sobre un papel o sábana blanca, de forma que puedan recogerse las ropas y restos (tierra, pelos, etc.) que pueda tener. Si fuera necesario manipular la ropa será necesario recoger por escrito una descripción del estado de esta. Es muy importante el orden de las actuaciones. En los casos en los cuales la persona puede llegar inconsciente o con lesiones neurológicas, será necesario que haya otro tipo de manejo para evitar perder pruebas durante este paso del procedimiento.
- La exploración sistemática debe comenzar **de arriba abajo**, desde la **postura que sea más completa y cómoda** para la persona (ej. de pie primero o decúbito en la camilla).
- Describir el **tipo de lesiones**: aspecto, forma, color, etc. Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones, etc.), consignando en su caso la no existencia de las mismas.

Localización e importancia de lesiones observadas

- Cutáneas: eritemas, erosiones, escoriaciones, contusiones, hematomas, heridas (incisa, contusa, punzante), equimosis, señales de compresión manual, quemaduras, mordeduras, etc.
- Oculares.
- Auditivas.

- Internas (neurológicas, viscerales).
- Musculoesqueléticas (fracturas, luxaciones, contracturas).
- Lesiones en mucosa.
- Otras que estén indicadas.

Las lesiones encontradas y la data de las mismas (antiguas, recientes, distintas datas) se reflejarán, bien por escrito o en un esquema anatómico, consignando, en su caso, la no existencia de las mismas.

Coloración de las lesiones

En función del tiempo de evolución:

- Negro-azul oscuro Inmediato (≤ 1 día)
- Rojo, violáceo 1 - 5 días
- Rojo púrpura 5 - 7 días
- Verdoso 7 - 10 días
- Amarillento ≥ 2 semanas

Exploración física específica

Es una pauta básica, realizar un adecuado lavado de manos de la persona que realice la exploración, de forma previa al calzado de guantes, para evitar posible contaminación cruzada.

- Inspección vulvar: monte de venus, vello púbico, labios mayores y menores, himen, carúnculas. Detallar heridas, contusiones, hematomas, consignando en su caso la no existencia de las mismas. Existencia y localización de los desgarros himeneales.
- No utilizar un material exploratorio que pueda ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado general de la víctima ya que puede que existan desgarros o roturas en vagina, recto o tabique rectovaginal. Se tendrá especial cuidado con los microtraumatismos que puedan producirse durante las maniobras exploratorias.
- Exploración de vagina y cuello uterino mediante espéculo lubricado en suero fisiológico, si es posible.
- Exploración de útero y anejos, a individualizar según el caso.
- Inspección de ano y periné, especialmente si refiere agresión anal.
- Exploración de mamas.
- Exploración oral.

El Tacto bimanual-ecografía no se aconseja de manera sistemática salvo criterio clínico (dolor pélvico, movilización uterina dolorosa con espéculo en la exploración vaginal, imposibilidad de exploración vaginal)

Consignar la existencia o no de lesiones y sus características, bien a través de una descripción por escrito o bien utilizando un esquema anatómico.

5.2.6. Tratamiento

Según se establecen en los protocolos existentes en los servicios sanitarios de las CCAA, se procederá a la realización de medidas profilácticas y terapéuticas, así como la realización del test de embarazo y análisis toxicológico, valorando la anticoncepción de emergencia y antirretrovirales, así como para la mejora y recuperación de las lesiones observadas.

Los protocolos autonómicos recomiendan:

- La profilaxis post-exposición frente al VIH está recomendada a las víctimas de agresión sexual si ha existido exposición significativa (contacto directo de semen, fluidos vaginales o sangre del agresor), siguiendo las pautas de los protocolos comunes establecidos. Se podrá aportare el kit de VIH para personas adultas según los días necesarios hasta la siguiente revisión.
- La actuación respecto a Hepatitis B (VHB) dependerá de la situación serológica de la persona agredida (si no está vacunada o si la vacunación es incompleta o según el título de sus AntiHBs).
- En el caso de Hepatitis C (VHC) asegurar el diagnóstico precoz para iniciar su tratamiento cuanto antes.
- Completar con antecedentes de vacunación frente al tétanos (dosis de recuerdo o gammaglobulina, en caso necesario).
- En caso de que sea necesario y esté indicado, proveer la anticoncepción postcoital.

5.2.7. Alta Hospitalaria

Una vez realizada la valoración y exploración:

- Redactar el **informe médico correspondiente**, donde se recogen de forma detallada las actuaciones sanitarias realizadas por parte del equipo del hospital, así como la prescripción del tratamiento (que se considere necesario) y pautas terapéuticas y de cuidados correspondientes.

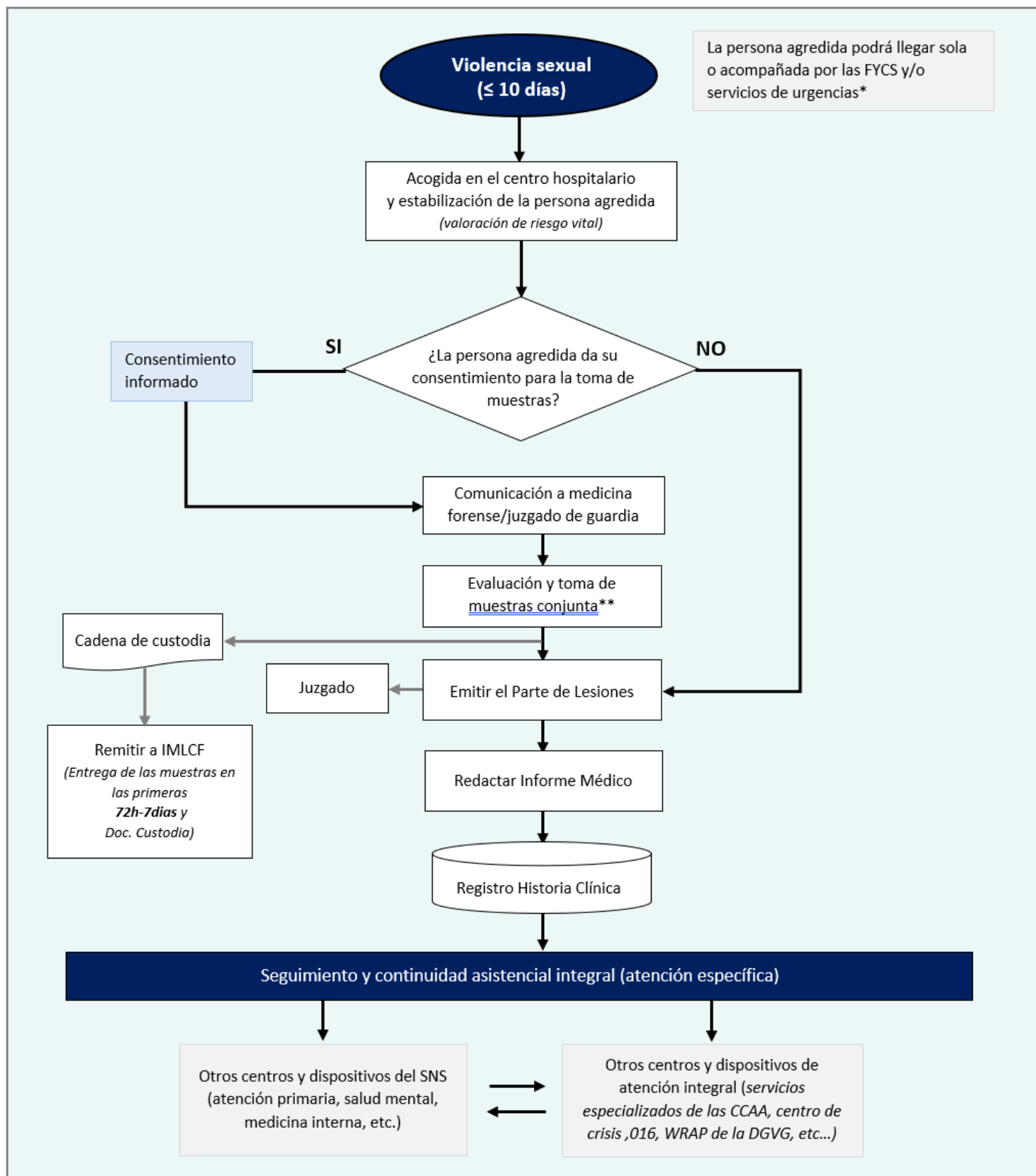
- **Registrar en la historia clínica la información completa** sobre las exploraciones y procedimientos sanitarios que se han realizado, así como sobre la toma de muestras realizadas (exploración ginecológica, proctológica y/u oral realizada, toma de muestras biológicas, informe de alta hospitalaria, parte de lesiones emitido, etc.)
- Se verificarán los **datos de filiación y contacto de la persona atendida**, así como que toda la documentación esté debidamente firmada por la persona responsable de la asistencia.
- Se deberá emitir el **Parte de lesiones** (PL; Anexo 5) debidamente cumplimentado para su remisión al juzgado de guardia correspondiente.
- Antes del alta, se revisará el **Informe de Alta Hospitalaria y el Parte de Lesiones (PL)** así como su archivo correspondiente con la Historia Clínica.
- Finalmente, el PL **se remitirá al Juzgado de Guardia** y se entregará copia del mismo a la persona agredida sexualmente.
- Se le informará de los controles de seguimiento, que están establecidos protocolariamente tras su alta hospitalaria y de la importancia de acudir a los mismos.
- Se tramitará cita con consulta de Ginecología, con indicación para ser citada en tres o cuatro semanas, si así se estima necesario o control por su matrona de AP de referencia.
- También se solicitará interconsulta al Servicio de Medicina Interna o a la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI), donde será valorada el siguiente día laborable, si se estima necesario, normalmente en caso de tratamiento preventivo por VIH, para seguimiento del tratamiento y controles serológicos.
- Según las necesidades detectadas y en consenso con la mujer se planificará la continuidad asistencial (atención psicológica o social, salud mental u otros servicios en función del caso y las necesidades de la víctima). Se remitirá y coordinará la atención en su centro de salud de atención primaria para seguimiento de lesiones y resultados, nuevos controles serológicos y cultivos y acompañamiento emocional.

En el momento del alta hospitalaria, se facilitará a la paciente:

- Informe detallado de las exploraciones y tratamientos realizados.
- Entregar copia del PL a la persona agredida, siempre que ello no comprometa su seguridad.
- Kit con la medicación necesaria hasta su revisión en Medicina Interna o en la UEI.
- folleto-guía que contenga instrucciones básicas e información sencilla y clara sobre las

actuaciones que se recomienda seguir tras una agresión sexual, como información complementaria.

- Recomendaciones de cuidados (relaciones sexuales, lesiones...).
- Información sobre la medicación (en caso de haberse prescrito) y sus efectos secundarios.
- Información sobre las visitas de seguimiento.
- Información sobre el apoyo psicológico y social que pudiera necesitar y la red de servicios especializados en la atención a las víctimas de violencia, en donde podrá recibir ayuda en el marco de una atención integral e interdisciplinar.

FLUJOGRAMA. PAUTAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN A LA LLEGADA DE LA PERSONA AGREDIDA AL CENTRO HOSPITALARIO.

(*) Puede ocurrir que previamente a la llegada al hospital, se contactara con el 112 por parte de la ciudadanía, al encontrar a la persona agredida en el espacio público o bien si esta hubiera sido atendida por personal de urgencias extrahospitalaria en el lugar donde se produjo la agresión. También, si acudió al centro de salud más cercano antes de ser trasladada al hospital correspondiente.

(**) En aquellos supuestos en los que no fuere posible la presencia de profesional de la medicina forense en el centro hospitalario, el artículo 48.2 de la LOGILS habilita al personal sanitario para la recogida de muestras biológicas y otras evidencias que se conservarán debidamente, garantizando la cadena de custodia para su remisión del modo más inmediato posible, al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF).

5.2.8. Seguimiento en consulta hospitalaria y continuidad asistencial con atención primaria

Entre la consulta de Ginecología y de Medicina Interna del hospital (también Pediatría para hijas e hijos cuando proceda), debe existir conexión con el equipo Atención Primaria (medicina, enfermería, pediatría, etc.). Por tanto, en el informe de Alta hospitalaria se indicará y facilitará la comunicación con el equipo de Atención Primaria en su centro de salud de referencia.

Por otra parte, todas las agresiones sexuales como las descritas en este protocolo tienen un impacto muy importante en la salud social y en el entorno de la persona agredida, especialmente por su frecuencia en la mujer, dejando en muchas ocasiones importantes secuelas sociales. Además, para favorecer una mejor recuperación del trauma ocasionado por la agresión sexual es muy importante realizar una intervención profesional sobre el entorno familiar y social de la mujer para que presten el apoyo emocional, instrumental y social necesario y puedan favorecer una mejor reparación del daño personal y sociofamiliar.

Por ello, salvo oposición expresa y motivada de la mujer, debe ser también referida para una valoración en profundidad por el personal de trabajo social sanitario de atención primaria. Existen además toda una serie de recursos específicos de los que tiene que ser informada, según las circunstancias personales y sociales en las que se encuentre.

En caso de asistencia sanitaria mediante modalidad mutualista (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) la continuidad asistencial seguirá los protocolos establecidos por la mutualidad correspondiente en el ámbito de su Comunidad Autónoma de residencia.

Primera visita post-agresión

Por Servicio de Medicina Interna o Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) o por su Equipo de Atención Primaria, según la organización de cada Área sanitaria de referencia.

Se realizará el **primer día laborable siguiente a la agresión**:

- Información sobre infecciones y efectos secundarios de los tratamientos que se hayan indicado.
- Comprobar que se ha solicitado serología en el Servicio de Microbiología, solicitar serología de control a realizar en un mes y valoración de la carga viral basal de VIH.
- Pauta de tratamiento de continuación antirretroviral.
- Vacuna de hepatitis B si precisa.
- Informe e información del seguimiento.

Asimismo, a valoración del equipo sanitario, podrá realizarse el contacto post-agresión por medio de llamadas telefónicas o, si se precisa, por visita domiciliaria.

Control a las 3 - 4 semanas (en consulta de Ginecología o matrona de Atención Primaria):

- Anamnesis.
- Exploración física para valorar la evolución de las lesiones físicas.
- Repetir cultivo endocervical y vaginal para diagnosticar infecciones de nuevo, si estos fueron negativos en Urgencias, o para comprobar curación si fueron positivos en el momento de la agresión.
- Realizar test de embarazo si fue negativo en Urgencias. Si se confirma el embarazo, se informará a la mujer de la posibilidad de acogerse a una interrupción voluntaria del embarazo (según lo establecido en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo), facilitando toda la información necesaria.
- Acompañamiento psicológico y preguntar si está recibiendo apoyo psicológico y/o social. En caso de que lo necesite, informar nuevamente de los recursos adecuados a su situación (servicios específicos de atención psicológica, trabajo social, recursos específicos en violencia de género o violencia sexual, grupos de mujeres, etc.). En la medida de lo posible, se procurará ofrecer la atención psicológica que precise durante el tiempo que sea necesario.

Segunda visita a Medicina Interna o a la UEI (a las 6 semanas de la agresión):

- Valoración de la serología de control y petición de nueva carga viral VIH. Informar de que si el resultado es < 20 , es poco probable que esté infectada.
- Revisión del tratamiento.
- Informe final a la Asesoría Jurídica para el registro de los resultados y remisión al IMLCF, según el protocolo de cada hospital.
- Remisión a su centro de salud habitual para garantizar la continuidad de los cuidados, consultando a la persona víctima sobre su preferencia de que dicha continuidad y seguimiento se realicen en su centro de atención primaria o en el propio hospital.
- Continuar el acompañamiento desde Atención Primaria durante todo el proceso (hasta la resolución del proceso judicial o hasta que la víctima lo precise), canalizando

adecuadamente las necesidades que surjan durante este (sobre todo en el ámbito psicosocial).

5.3. Atención a mujeres que han sufrido violencia sexual pasada

En función de las especificaciones establecidas en el *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2021)* respecto a la validez de la toma de muestras biológicas y otras evidencias con finalidad legal, en este apartado del Protocolo Común del SNS frente a la violencia sexual, se estarían considerando aquellas situaciones de violencia sexual sufridas en un **período tan amplio como el comprendido o transcurrido durante la propia infancia hasta los últimos 10 días anteriores a la consulta médica o al momento de la atención sanitaria solicitada por la víctima**, por éste u otros motivos. Pasados los últimos 7-10 días desde una agresión sexual, aunque el impacto generado por la misma es muy importante, la recogida de muestras puede no ser pertinente dado el tiempo transcurrido desde la agresión.

El personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha de violencia de género. La realización de preguntas exploratorias de abordaje psicosocial, y el manejo de herramientas como las que recoge el ***Instrumento Común Estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (2021)***, facilitan la forma de preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta y poder así detectar violencia de género en el pasado, incluido cualquier episodio de violencia sexual.

La violencia sexual tiene una prevalencia muy alta. También la violencia sexual vivida por las mujeres en el pasado, ya sea en su infancia y adolescencia/juventud como en épocas más recientes de su vida. Por ello es necesario aumentar la proactividad del personal sanitario en la emergencia y afloramiento de esta violencia tan oculta y silenciada que, sin embargo, condiciona la salud y la vida de las mujeres que la han padecido.

En la atención a esta violencia es preciso hacer una distinción entre si la violencia ocurrió hace mucho tiempo (y la persona no tiene riesgo de seguir recibéndola) o si ha ocurrido en fechas más recientes y persiste riesgo de seguir padeciéndola. En función de ello es necesario realizar una intervención diferenciada. Si hay riesgo de reincidencia y/o seguridad para la mujer (o víctima) será preciso adoptar medidas de seguridad y protección a la mayor brevedad posible, especialmente en el caso de menores de edad.

En todas las situaciones en las que se detecte la presencia de violencia sexual en el pasado es muy importante ofrecer a la persona afectada un proceso de ayuda con los recursos más adecuados para abordar el trauma vivido y facilitar la recuperación y superación del mismo.

Es preciso recordar que las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias tienen alta probabilidad de estar sufriendo violencia de género o haberla sufrido en el pasado, incluida la violencia sexual, siendo difícil que ellas tomen conciencia de su situación, por lo que con frecuencia puede resultar minimizada u ocultada durante un tiempo, que no hablen de ello por diversos motivos y que tampoco relacionen su problemática de salud con la violencia de género (o violencia sexual) vivida.

En la atención a las mujeres que sufren violencia, además de la atención y seguimiento de la mujer, es necesario conocer si existen hijos o hijas u otras personas dependientes a cargo de la mujer, y trabajar coordinadamente con pediatría y trabajo social para valorar la situación de riesgo en que se pueden encontrar todas ellas.

5.4 Recomendaciones en la atención psicológica en violencia sexual

El apoyo psicológico debe realizarse bajo terapias con evidencia científica, basadas en el trauma y con enfoque de género, que permitan: evitar la culpabilidad y la vergüenza, favorecer la autonomía y autoestima de la víctima, potenciando sus cualidades de resiliencia como superviviente.

El abordaje grupal puede ser especialmente útil en personas que precisan de apoyo social y reducir su aislamiento.

Tres formas de intervención psicológica en violencia sexual:

1. Primeros auxilios psicológicos
En las 72 horas siguientes. Se trata de un periodo de gran vulnerabilidad e importancia de la intervención. Dirigida hacia cualquier profesional o persona acompañante • Restablecer la seguridad física y emocional: espacio adecuado, atención necesidades básicas, información sincera y veraz • Calma: ha sido amenazada en su integridad física y su vida, siente vulnerabilidad, miedo, desconfianza, estado de alerta. Comunicarse de forma pausada, tranquila sin estridencias, sin prisas. Escuchar si desea hablar, sin forzar, ser amable y reconfortar sino quiere o se comporta de forma difícil. Ella es una mujer normal afrontando una situación que es anormal. • Conexión con la red de apoyo: familiares, amigas, red de salud pública y ayuda comunitaria: serv sociales, oficinas de atención a víctimas del delito, asociaciones de víctimas... • Autoeficacia: Ayudarle a la toma de decisiones y priorización de problemas. Trabaja el sentimiento de vergüenza o culpa. Hacerle ver sus capacidades y cualidades, está allí aceptando ayuda.

• Afrontamiento: conectar con sus propios recursos personales, facilitar el duelo. Informar de las reacciones de estrés esperables en los próximos días. Técnicas de relajación, higiene del sueño. • Ayuda: de acuerdo a sus necesidades y decisiones: denuncia, apoyo jurídico, apoyo psicosocial... Asegurar la continuidad asistencial, mantener el contacto.
2. Intervención psicológica temprana
Pasadas 4 o 6 semanas muestra sintomatología que le desborda o llega a interferir de manera importante en su calidad de vida. • Individual o grupal. • Enfoque psicosocial: promocionar las capacidades de resiliencia, tener en cuenta la socialización cultural con enfoque de género (violencia contra la mujer) • Expresión emocional: cuando la mujer desea expresarse, permitiendo la narrativa realista • Valorar el riesgo: ideas de suicidio. Autopercepción como superviviente, poder compararse con otras mujeres que han sufrido • Abordar estrategias de afrontamiento: facilitar la toma de decisiones (denuncia): abordar miedo al agresor, culpa (estereotipos), miedo a no ser creída en el juzgado, miedo a un futuro truncado, al embarazo, la enfermedad física, ITS o mental. Si no denuncia se respetará su decisión explicándole las consecuencias de ello, informándole de los recursos a su alcance. Volver a conectarse con el deseo y el disfrute de su sexualidad. • Evaluar psicológicamente y buscar recursos terapéuticos: vulnerabilidad y áreas afectadas: autoestima, síntomas (ansiedad depresión, trastorno de estrés postraumático), nivel de adaptación, recursos internos, externos o comunitarios.
3. Tratamiento psicológico
Duran más de 4 o 6 semanas con interferencia grave en la vida cotidiana, desbordada por pensamientos, sentimientos o conductas. • Tratamiento del Trauma: psicoterapia individual o grupal, farmacológica • Terapia de cognitivo-conductual o EMDR • Se derivará a los Servicios de Salud Mental en caso de trastornos psicopatológicos secundarios: depresión grave, riesgo autolítico, trastorno por estrés postraumático, trastornos fóbicos graves, etc.

Realizando una mención especial a los sentimientos de culpa:

- A diferencia de cualquier otro delito violento, los sentimientos de culpa aparecen con frecuencia, referida a la conducta de la víctima antes de la agresión (no detectar la situación de riesgo, haber consumido alcohol), durante la agresión (haberse quedado paralizada y oponer poca resistencia) y después de la agresión (por ejemplo, no haber denunciado de inmediato la agresión o por amargar la convivencia de las personas a su alrededor)
- Daña seriamente la autoestima y dificulta la readaptación emocional posterior
- Inducción social (se la reprocha haber sido imprudente o provocadora, en algunas sentencias judiciales, prensa, programas)
- Si el agresor persona conocida: desconfianza generalizada, decepción

5.5. Continuidad asistencial

5.5.1. Coordinación con el resto de recursos existentes en el servicio de salud.

Una vez proporcionada la atención y los cuidados asistenciales, se derivará o se informará a la mujer sobre los recursos que tiene en su entorno para dar respuesta a la situación en la que está inmersa, tal y como establece la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en sus artículos en su artículo 19.1 *“las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral”* y en su artículo 17.1 *“los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género son universales, se garantizan a todas las mujeres víctimas de violencia de género, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, siendo uno de los derechos que tiene la mujer víctima el de traducción e interpretación”* y más recientemente también en la LOGILS.

En el sistema sanitario es el personal de trabajo social quien desarrolla la función de coordinación sociosanitaria y de derivación al resto de recursos y dispositivos sociales y/o comunitarios en materia de violencia de género. No obstante, podrá acudir a los servicios sanitarios, siempre que lo necesite, para recibir tanto apoyo sanitario como social (medicina, enfermería, matrona y profesional de trabajo social en Atención Primaria, así como obstetricia y ginecología en consultas externas o en centro de atención a salud sexual y reproductiva) y en caso de emergencia médica llamar al 112 o acudir a los Servicios de Urgencias Hospitalarias. En caso de que la mujer tras el alta hospitalaria no tenga recursos donde vivir, no disponga de apoyo social o familiar, etc., se activarán los recursos existentes en cada comunidad autónoma, para su acogida. En el caso de niñas, niños y adolescentes se procederá según lo indicado en el capítulo 8 de este Protocolo Común y, de forma más detallada, según el protocolo sanitario autonómico correspondiente o el [*“Protocolo común específico sobre actuación sanitaria frente a la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes”*](#).

5.5.2. Continuidad asistencial. Coordinación con otros dispositivos del ámbito comunitario.

También hay otras situaciones en las que la mujer necesita apoyo psicológico, asesoramiento legal, laboral, etcétera, especializado, y para ello hay que derivarla a los servicios especializados de atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

Salvo en situaciones de urgencia, la derivación a este variado conjunto de recursos y servicios especializados es conveniente realizarla a través del personal de trabajo social de cada centro de salud –siempre que sea posible– al objeto de garantizar una eficaz coordinación y seguimiento con los mismos. En cada territorio este conjunto heterogéneo de dispositivos funciona de manera diversa; por ello es importante esta coordinación sociosanitaria para asegurar su eficacia y garantizar la continuidad asistencial entre el sistema sanitario y el resto de servicios, especializados o no, en materia de violencia de género"

Respecto a la coordinación con las FFCCS, dado que su objetivo fundamental se relaciona con la emisión de las denuncias y la intervención en relación con la seguridad de la mujer (valoración del riesgo), la persona agredida, una vez informada, y si así lo decide, puede interponer denuncia, acudiendo a la Comisaría de Policía Nacional, a la Guardia Civil o al Juzgado de Guardia, una vez finalizada la asistencia sanitaria con su copia del Parte de Lesiones e Informe Médico que le ha sido entregado en el Servicio de Urgencias.

Además, si las FFCCS han acudido al centro sanitario, posteriormente pueden acompañar a la mujer, si así lo decide, a interponer la denuncia

Cualquier persona puede acceder a ellas de forma directa, ya que funcionan las 24 horas del día, todos los días del año y cuentan con los siguientes servicios especializados en violencia:

- Unidad de atención a la Familia y Mujer (UFAM). Policía Nacional.
- Unidad Central de Redes de Inmigración Ilegal y Falsedades Documentales (UCRIF). Policía Nacional, que atiende casos de trata y explotación sexual.
- Equipo de Mujer y Menores (EMUME). Guardia Civil.
- Servicios y recursos especializados de Policía Local.

También tiene derecho a **Atención Psicológica y Jurídica** gratuita.

- Terapias gratuitas individualizadas para cualquier persona víctima de violencia sexual (personas adultas y edad pediátrica), independientemente de que haya puesto o no denuncia, y del tiempo que haya pasado desde que sufrió la agresión sexual.
- En el teléfono 016 de Información y Asesoramiento Jurídico (24 horas, todos los días)
- En el momento de interponer la denuncia, puede disponer de una atención psicológica urgente y de un asesoramiento y representación jurídica gratuita en todo el procedimiento penal. Ambos servicios se pueden activar por Policía Nacional, Policías Autonómicas, Guardia Civil o Juzgado de Guardia.
- Si no ha puesto denuncia puede dirigirse a su Centro de Servicios Sociales de cada CA

para solicitar estos servicios u otros apoyos sociales.

- Centros de Crisis 24 Horas para atender a víctimas de violencia sexual (violencia sexual reciente o pasada) y sus familiares, en aquellas CCAA en las que se encuentran establecidos.
- En caso de requerir información más específica sobre recursos, servicios y prestaciones sociales, se podrá contar con el apoyo de Trabajo Social del centro de salud para coordinar la derivación y seguimiento con otros profesionales de Trabajo Social externos al ámbito sanitario (que son quienes conocen en cada territorio los recursos realmente disponibles y eficaces para cada situación).

Además, puede recurrirse también a **otros apoyos**:

- Recursos disponibles en la **Guía de Actuación ante Violencias Machistas**³, elaborada por la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad.
- El Ministerio de Justicia tiene implantados servicios de atención a través de las **Oficinas de Asistencia a Víctimas de delitos** en los Juzgados, con asesoría jurídica y psicológica.
- Las Asociaciones de asistencia a víctimas de violencia sexual. Estas asociaciones ofrecen gratuitamente dentro de su ámbito de actuación:
 - ☞ Teléfono de información y urgencias (24 horas): Información sobre qué hacer ante las diferentes situaciones en las que se puede encontrar una víctima.
 - ☞ Asistencia jurídica: Se ofrece asesoramiento a nivel legal gratuito sobre qué hacer ante una agresión sexual. En el caso de que la víctima haya puesto denuncia, se ejerce la acusación particular en su nombre. La asociación está presente a lo largo de todo el proceso judicial, declaraciones, juicios, y ofreciendo recursos en base a las necesidades de la víctima.
- En caso de embarazo y dificultades sociales se puede recurrir a asociaciones locales activas en cada una de las CCAA.
- Solicitud de IVE (como consecuencia de agresión sexual y no haber podido recibir atención sanitaria inmediata) dentro de los plazos contemplados por la *Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*.



³ Guía de Actuación ante Violencias Machistas. Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad.

6. EXÁMEN FORENSE Y COORDINACIÓN CON JUSTICIA

Además de la actuación por parte de los equipos sanitarios del SNS, es fundamental la intervención de las/os medicas/os forenses como personal especializado para el peritaje y recogida de muestras biológicas y evidencias, incluidas imágenes, con fines legales, constatando las posibles lesiones e indicios que conduzcan a la comprobación de los hechos y la identificación de la presunta persona agresora en sus laboratorios de referencia.

Los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) son órganos técnicos adscritos al Ministerio de Justicia, o en su caso, a aquellas CCAA con competencia en la materia, cuya misión principal es auxiliar a la Administración de Justicia en el ámbito de su disciplina científica y técnica (artículo 479.1 LOPJ).

En ellos están destinados las y los médicos forenses entre cuyas funciones se encuentran las de prestar asistencia técnica a Juzgados, Tribunales y Fiscalías en las materias de su disciplina profesional, emitiendo informes y dictámenes en el marco del proceso judicial o en las actuaciones de investigación criminal que aquellos soliciten, así como realizar funciones de investigación y colaboración que deriven de su propia función (artículo 479.5 LOPJ).

En el curso de las actuaciones procesales o de investigación de cualquier naturaleza incoadas por el Ministerio Fiscal, están a las órdenes de los Jueces y Fiscales, ejerciendo sus funciones con plena independencia y bajo criterios estrictamente científicos (artículo 479.6 LOPJ).

Si bien el mapa competencial de la medicina forense se encuentra actualmente dividido entre las administraciones autonómicas y la estatal, y cada IMLCF puede desarrollar protocolos específicos de actuación, se dispone de un órgano consultivo en materia científico técnica, el **Consejo Médico Forense (CMF)**, entre cuyas funciones se encuentran las de promover la armonización del servicio médico forense y la generación de procedimientos, proyectos y programas de calidad y de investigación para todos los IMLCF.

El CMF ha elaborado dos documentos que abordan la actuación de la medicina forense ante supuestos de violencia sexual:

- [Consejo Médico Forense. Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica. Madrid, 2018.](#)

- [Consejo Médico Forense. Protocolo de actuación médico forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica. Madrid, 2021.](#)

Además, el Ministerio de Justicia ha publicado una [Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química. Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica. Madrid, 2022.](#)

Mediante estos Protocolos y Guías, las y los profesionales de Medicina Forense, conocen sus procedimientos de actuación comunes.

En este apartado 6 del Protocolo Común del SNS para la actuación sanitaria ante la violencia sexual, se han recogido las referencias de estos documentos del CMF que pretenden servir como guía de recomendaciones para promover una mejor coordinación con los recursos de los servicios sanitarios que integran el SNS y poder dar una respuesta asistencial más integrada en los casos de violencia sexual, donde la víctima se sienta lo mejor acogida posible por el equipo profesional que le va a atender evitando reiteración de procesos innecesarios.

Tal como ya se ha comentado, la legislación vigente insta a los poderes públicos a elaborar planes de colaboración que garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las FFCCS y los Servicios Sociales y organismos de igualdad.

Los delitos contra la libertad sexual son delitos semipúblicos; es decir, para iniciar el procedimiento penal se requiere denuncia de la víctima o su representante legal, si bien el Ministerio Fiscal puede actuar de oficio cuando la víctima es menor de edad o persona con discapacidad que necesitada de especial protección.

Ante una sospecha de violencia sexual la exploración médico forense está dirigida a objetivar hallazgos físicos y/o psíquicos y a recoger indicios en la víctima, que contribuyan a:

- Comprobar y calificar los hechos.
- Identificar y perseguir al autor/es de los mismos.

El protocolo del CMF establece los siguientes conceptos básicos:

Violencia Sexual Reciente es aquella en la que existe la posibilidad de detectar indicios (físicos, biológicos, toxicológicos o de otra naturaleza) que ayuden al esclarecimiento de los hechos.

Clásicamente, se ha considerado que el intervalo de tiempo para considerar reciente una agresión ha sido de 72 horas (por ser el período de tiempo que más probabilidades de éxito

ofrecía en la detección de indicios). Sin embargo, los avances en la ciencia han permitido detectar restos biológicos más allá de este plazo, ampliando esa ventana temporal hasta 7-10 días. A partir de estos, se deberá proceder a una valoración individualizada del caso, por si se estimara necesaria esa actuación forense, a pesar de haber transcurrido un tiempo superior al mencionado.

Un examen médico forense de alta calidad puede abordar las preocupaciones de la víctima de violencia sexual, minimizar el trauma que pueda experimentar y promover su recuperación. Al mismo tiempo, puede aumentar la probabilidad de que las pruebas recopiladas ayuden en la investigación y esclarecimiento de los hechos, lo que permitirá el procesamiento de los agresores y contribuirá a la prevención de la violencia sexual.

*Dada la importancia del reconocimiento médico forense, cuando la **víctima de violencia sexual aguda o reciente (menos de 7-10 días) acude a un centro sanitario** para recibir asistencia médica, **dicho centro ha de comunicar con el juzgado de guardia y solicitar la intervención del médico forense previa autorización judicial**. Esta intervención se realizará sin demora y **NO ESTARÁ CONDICIONADA A UNA DENUNCIA PREVIA**, que podrá ser interpuesta, o no, posteriormente. Es decir, la intervención médico-forense debe ser lo más precoz posible e independiente de la formulación de denuncia por parte de la persona agredida.*

Es fundamental que la actuación asistencial sanitaria y atención médico forense sea **coordinada y se ajuste a las necesidades de la víctima** para evitar la victimización secundaria.

Aunque existen diferentes posibilidades respecto a la activación de la asistencia médico forense, **la mayor parte de las actuaciones periciales se inician por comunicación de una situación de violencia sexual reciente al juzgado de guardia, desde el Centro Sanitario o desde los cuerpos policiales**. En estas situaciones **la autoridad judicial, o en su caso el Ministerio Fiscal, acuerdan la intervención del médico/a forense**.

En cualquier otro caso, y con el fin de **asegurar las pruebas**, el/la médico/a forense intervendrá conjuntamente con el especialista del servicio de salud, informando a la víctima de la idoneidad del reconocimiento médico-legal y de la **recogida de muestras obteniendo su consentimiento para ello**. Esta intervención se realizará sin demora y, tal como se ha expuesto, **no estará condicionada a la existencia de una denuncia previa**, que podrá ser interpuesta posteriormente.

6.1. Esquema de la actuación. Cuestiones generales

6.1.1. Acogida de la víctima

Se recomienda que la persona que ha sufrido violencia sexual reciba atención de manera inmediata y se ubique en un entorno protegido en el mismo momento de su recepción para garantizar el derecho a la intimidad y a la privacidad. Para ello se recomienda reservar en la zona de urgencias o en el centro sanitario, una sala adecuada para acoger a la víctima y a su acompañante de apoyo.

En caso de existir en la Comunidad Autónoma centro de referencia 24 horas, puede que la víctima acuda allí primero, en cuyo caso los circuitos y procedimiento a seguir para contactar con médica/o forense serán los establecidos en sus protocolos del centro de referencia, así como los canales posteriores de comunicación con el centro de salud para seguimiento por su médica/o de familia que debe conocer la situación de salud de su paciente en sucesivas citas médicas.

6.1.2. Acompañamiento de la víctima

La presencia de una persona de confianza que dé seguridad y apoyo a la víctima durante el proceso de evaluación médico forense debe atenderse tal como dispone la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito, cuyo artículo 4.c contempla como derecho básico el de ser acompañada por una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y el personal funcionario. También el Código de Deontología Médica se refiere a esta cuestión en su artículo 9, cuando especifica que el profesional sanitario y la persona paciente tienen derecho a la presencia de una persona acompañante o colaboradora cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran.

La Guía de la OMS recomienda que en todo momento la víctima esté acompañada por una persona de su confianza, ya sea familiar o amistad; se aconseja que se haga así desde el momento inicial, durante la realización de la historia, a lo largo de la exploración y de la recogida de muestras, etc. En las situaciones en que la víctima se encuentra sola, se le debe ofrecer la posibilidad de contactar con un familiar u otra persona de su confianza que intervenga como apoyo. Si no cuenta en el momento del reconocimiento con una persona de su confianza debe estar presente una acompañante, preferentemente una profesional de la salud capacitada.

6.1.3. Presencia de fuerzas y cuerpos de seguridad

A efectos de disminuir la victimización secundaria derivada de la reiteración del relato por parte de la víctima, se debe valorar según el caso la presencia de FFCCS que asumirán la investigación en la fase de recogida de los datos generales relacionados con los hechos. Posteriormente, al tiempo de recabar información médica sobre antecedentes ginecológicos y sobre el suceso concreto, la debida confidencialidad del acto médico obliga a prescindir de la presencia de la fuerza instructora durante esa parte de la entrevista.

Por esta misma razón, y considerando que las exploraciones a las víctimas de violencia sexual afectan a las esferas más íntimas de su persona, las FFCCS no deben estar presentes durante el examen médico.

6.1.4. Intervención médico-forense

La conducta y la actitud de quien realiza el examen debe estar sustentada en todo momento en el respeto a la dignidad de la persona e intimidad, teniendo presente que siempre prevalecerá su bienestar sobre cualquier otra consideración.

Se recomienda emplear el tiempo necesario para preparar el reconocimiento, considerando la situación emocional de la víctima, sus temores e inquietudes, y su pudor respecto al examen genital. Además de promover su tranquilidad, se recomienda crear un clima de confidencialidad y amabilidad, proporcionando un trato comprensivo y facilitando un entorno que propicie la comunicación con la mayor intimidad posible.

Se recomienda prestar atención a lo expresado por **la víctima** con el fin de generar **confianza y seguridad**. Las respuestas a sus inquietudes serán oportunas, respetuosas y sensibles. El tono de voz debe ser tranquilo, con un contacto visual culturalmente apropiado. Es preciso escuchar cualquier consideración y apreciación de la víctima, entablando un diálogo que permita exponer de manera razonada y clara cuáles de sus peticiones pueden ser atendidas y cuáles no, por supuesto respetando en todo momento su autonomía para la toma de decisiones. Y todo ello sin hacer presunciones sobre sus necesidades.

6.1.5. Consentimiento informado

Toda víctima tiene derecho a consentir o rechazar cualquiera o todas las partes de un examen médico forense sobre violencia sexual y debe ser informada de ello antes de su comienzo, tal como se contempla en 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 para cualquier actuación médica.

La obtención del consentimiento para el examen y para la divulgación de la información a terceros a través del informe pericial es parte fundamental de la actuación; la vulneración de este requisito puede conllevar una anulación de la prueba e incluso la exigencia de responsabilidad del médico por violentar, sin su aprobación previa, la intimidad de la víctima.

Este consentimiento, como expresión práctica de la autonomía, debe ir precedido en la actividad pericial de una información suficiente, en la que se explicarán todas las partes del examen de manera atenta y delicada, exponiendo de forma detallada cada una de las intervenciones a realizar, ofreciéndole la posibilidad de revocar su aceptación para cada paso, e incluso para aspectos particulares dentro de cada uno de ellos, de tal modo que si en cualquier momento la persona afectada desiste o se niega a una práctica determinada o solicita que se suspenda, se atenderá su petición.

La importancia de que este consentimiento se preste por escrito reside en que además de quedar reflejado en el propio informe pericial, puede archiversse en el expediente médico-legal. Del mismo modo, **si no se acepta el reconocimiento, bien en su totalidad, o bien en parte, debe hacerse constar.**

6.2. Recogida de datos. Anamnesis

La entrevista forense es parte fundamental en la valoración pericial de las víctimas de violencia sexual puesto que de ella se van a desprender los datos que orienten la exploración y la recogida de muestras.

Se debe procurar la mayor comodidad para la persona, lo cual ayudará a la obtención de la historia. Se proporcionará una atmósfera privada, cómoda y relajada, tratando de buscar la cooperación de la víctima construyendo confianza y confidencia.

Se deben extremar las precauciones con el lenguaje corporal propio, evitando preguntas comprometidas, el cuestionamiento del testimonio, expresiones insensibles y frases o palabras ambiguas, y siempre sin forzar a la mujer a responder si no lo desea.

Las primeras preguntas no deben abordar directamente la agresión: resulta útil crear un clima mínimo de confianza en el que inicialmente se aborden cuestiones puramente objetivas (identificación), médicas (historia clínica general) y ginecológicas (historia ginecológica general). Se recogerán los datos de filiación de la víctima, DNI (o similar), edad, sexo, dirección y teléfono.

Se preguntará por los **antecedentes médicos generales**, enfermedades físicas o psíquicas que padezca y tratamientos farmacológicos que se deban tener en cuenta para la valoración del caso.

Posteriormente se plantearán cuestiones relacionadas con los **antecedentes obstétrico-ginecológicos**: menarquia, fecha de la última regla (FUR), gestaciones, procesos patológicos, última relación sexual consensuada (especificando de ser posible cuándo y con quién). A continuación, se pedirá a la víctima que cuente lo sucedido con sus propios términos, sin interrumpirla mientras describe los hechos. Se debe ser paciente para permitirle su exposición durante el tiempo que necesite. No se debe insistir en que cuente aspectos que no desea, reconociendo su derecho a controlar la extensión de la información que desea compartir. Se procurará recabar información sobre los hechos, lugar, hora, agresor o número de agresores, descripción de la agresión o el abuso, del contacto físico y del uso de violencia, del uso de armas u otros sistemas de retención, si hubo penetración y vía, lugar de eyaculación, si el agresor utilizó preservativo, conductas posteriores a los hechos –si se ha lavado, si ha comido o bebido, orinado, si se ha cambiado de ropa o si ha mantenido relaciones sexuales con posterioridad a los hechos...– todo ello con la finalidad de dirigir la exploración, la toma de muestras y la interpretación de los hallazgos. Si se sospecha contacto con tóxicos se recabará información sobre posibles sustancias, vías de entrada, hora de la exposición, y si las ha tomado de forma voluntaria o le han sido administradas subrepticamente.

6.3. Valoración

6.3.1. Valoración del estado psicológico

En todos los casos de violencia sexual resulta imprescindible la realización de una valoración psicológica y del estado emocional preliminar atendiendo fundamentalmente sus emociones y conductas, valorando asimismo posibles signos de intoxicación que hubiesen podido determinar una situación de vulnerabilidad.

6.3.2. Examen físico

Se debe estar atento a lo expresado por la víctima con el fin de generarle tranquilidad, propiciando su confianza y seguridad. Tal como se ha expuesto, se ha de considerar su situación emocional, sus temores e inquietudes y el pudor que puede sentir con respecto al examen, especialmente del área genital.

Se debe explicar detalladamente cada paso, invirtiendo el tiempo necesario en la descripción de los procedimientos y sus opciones, mostrando los instrumentos que se van a emplear y los materiales de recolección, proporcionando información sobre ellos y qué posible utilización tendrán.

Se advertirá siempre sobre dónde y cuándo habrá contacto físico.

La víctima debe tener la posibilidad de determinar el ritmo de la exploración y de rechazar cualquiera de sus fases. **Los deseos de la víctima, su seguridad y su bienestar deben ser siempre respetados.**

El examen físico debe comenzar en la zona **extragenital**, continuar con la **paragenital** y finalizar con la **genital**. La Guía de la OMS recomienda iniciar el reconocimiento por las manos, con lo que se puede ir estableciendo una relación de confianza entre el examinador y la víctima.

Se debe tener en cuenta el pudor de la persona explorada, cubriendo su cuerpo y exponiendo solamente la parte a ser examinada en cada momento, de tal modo que no esté nunca completamente desnuda: primero se examinará la mitad superior de su organismo y una vez cubierta, la mitad inferior, momento en el que se efectuará el examen ginecológico y, en su caso, el anorrectal.

Exploración superficie corporal EXTRAGENITAL	Debe ser completa, inspeccionando la cabeza, el rostro y las regiones retroauriculares, zonas de defensa y resistencia como antebrazos, las superficies de apoyo, y también la boca y los dientes. Pueden buscarse signos de contusiones, abrasiones, laceraciones, de retención en muñecas y tobillos, de separación en rodillas, muslos y brazos...
Exploración PARAGENITAL	Se inspeccionará la porción inferior de la pared abdominal, la región íntima de los muslos y la región glútea.
Exploración GENITO-ANAL	La posición para el examen genito-anal puede variar, siendo la más habitual la posición de litotomía o ginecológica. Se explorarán genitales externos e internos y región anal, preferentemente con ayuda de técnicas complementarias de aumento o de tinción de lesiones. Se describirá el estado del himen –elasticidad, desgarros, características especiales, etc.–. Se explorará el estado del esfínter anal, su tono, posibles alteraciones patológicas y traumáticas. Las lesiones se detallarán utilizando los patrones estándar comúnmente aceptados según el acrónimo TEARS (desgarro, equimosis, abrasión, eritema, inflamación).

6.4. Conservación y custodia de las muestras con o sin denuncia

Cualquier muestra tomada a partir de la víctima, incluso aquellas destinadas a la investigación de infecciones de transmisión sexual, podrá ser utilizada 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 un **documento de cadena de custodia** (*ver modelo en la parte resumen al final del protocolo; Anexo 4*) que garantice la trazabilidad de estas y de los análisis que de ellas se deriven.

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

La Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, en su artículo 48.2 señala que: "El plazo y demás condiciones de conservación se determinará mediante protocolos científicos por los organismos competentes".

En el momento 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, sujeto de procedencia, y número de procedimiento. Con el fin de garantizar la **cadena de custodia**, todos los envases irán sellados y etiquetados con fecha y hora de la toma de la muestra.
- Todos los envases deben quedar perfectamente **identificados y precintados**.
- Las **muestras indubitadas**⁴ de la víctima se dispondrán en paquetes o sobres diferentes de los que contendrán las muestras dubitadas para estudios genéticos.

6.5. Atención a víctimas menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección

En la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, se eliminan las tutelas y

⁴ **Muestras indubitadas:** son aquellas muestras biológicas cuyo origen es conocido porque se sabe que provienen de la persona víctima, de sus familiares cuando así se requiere, o de la persona imputada.

Muestras dubitadas: Son todas aquellas muestras biológicas, cuyo origen se desconoce y está pendiente de identificación.

curatelas, por lo que la representación legal se reserva para casos muy concretos y se intenta sustituir por la figura de apoyo.

La actuación médico forense ante una agresión física o sexual sobre una persona menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección va a ser específica dependiendo de las características y circunstancias de los hechos.

En el caso de menores y de personas con discapacidad, previamente a la exploración se informará a la víctima o a su representante legal de las actuaciones que se van a llevar a cabo y de la finalidad de las mismas y se solicitará el **consentimiento escrito para el reconocimiento médico forense**. En el caso de menores que no sean capaces intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, y en el de personas con discapacidad que lo precisen, se le facilitará toda la información de acuerdo a su madurez intelectual y emocional y el consentimiento será firmado por el representante legal. De existir duda o discrepancia, la situación se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés la persona menor de edad.

De tratarse de menores de 16 años, el Código de Deontología Médica específica en su artículo 12.3 que su opinión será más o menos determinante según su madurez.

6.5.1 Recogida de datos. Anamnesis

Se solicitará esta información a la persona que manifiesta la sospecha del abuso o la agresión sexual. Conviene crear un clima de confianza y seguridad, se evitarán preguntas directas, se prestará atención al relato espontáneo y será importante observar la actitud, los gestos y la conducta de la persona menor de edad.

De manera prioritaria debe considerarse el bienestar general de la víctima en edad prepuberal, atendiendo a sus necesidades médicas, que incluyen la valoración y tratamiento de posibles lesiones, la anticoncepción de emergencia y la profilaxis posterior a una posible exposición y asesoramiento sobre detección de ITS.

La toma de muestras forenses que puedan derivar del intercambio de material biológico por contacto sexual se recomienda en función de dos situaciones clínicas que merecen ser diferenciadas a la hora de la activación del procedimiento judicial y por ende para solicitar la presencia del médico forense al objeto de exploración y recogida de muestras de interés clínico y judicial.

6.5.2. Sospecha de agresión sexual aguda o reciente

En este supuesto se incluyen: agresión sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal: El semen y restos celulares de varón pueden permanecer en cavidad vaginal hasta 10 días después de producido el hecho (los espermatozoides pueden recuperarse del cuello uterino). Por lo tanto, el tiempo para la toma de muestras en estos casos es de hasta los 10 días posteriores a la agresión.

Agresión sexual en menores consistente en: penetración anal, oral, digital... derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones, etc. Se considera que en dichos fluidos las actuales técnicas analíticas permiten la detección de semen y/o restos celulares de varón hasta 3 días después de producidos los hechos. Por lo tanto, el tiempo adecuado para la toma de muestras sería de hasta al menos 72 horas posteriores al hecho lesivo.

Si durante el proceso asistencial en el Servicio de Urgencias se sospecha de agresión sexual aguda o reciente (menos de 7-10 días), se activará la intervención del médico forense. A este respecto debe velarse por una atención adecuada a la víctima, valorando si un examen médico-forense está justificado en horas no aptas para niñas y niños (noche o madrugada) o si puede esperar a ser realizado durante el día, en base a si ha existido penetración o eyaculación en la superficie corporal y si estas han tenido lugar en las últimas doce horas, en cuyo caso no cabe la demora en la exploración. No obstante, las decisiones en cuanto a si se requiere un examen urgente deben tomarse de manera individualizada, considerando todas las circunstancias que afectan al caso.

Dentro de lo posible, es recomendable que, al menos, el relato de los hechos se realice sin la presencia de familiares/acompañantes ya que es posible que la niña, niño o adolescente víctima pueda expresarse con más libertad. Sin embargo, será imprescindible que los familiares/acompañantes den su consentimiento para que la entrevista con la persona menor sea a solas con él o ella, cuestión que habrá de matizarse en función de la edad de la niña, niño o adolescente y de que haya o no conflicto de intereses.

En cuanto a la exploración, será necesario explicar a la niña, niño o adolescente víctima, así como a su acompañante, las razones que ameritan la presencia del personal médico-forense; en muchos casos puede ser conveniente que la persona de apoyo esté presente si la niña, niño o adolescente siente mayor protección y no se opone a ello.

La exploración física debe realizarse conjuntamente con los servicios sanitarios e incluye una exploración física general completa y, de manera más específica, de las áreas de acceso sexual, inspeccionando región genital, anal y bucal. Se debe hacer especial hincapié en aquellas áreas donde la víctima relata haber sufrido los tocamientos o cualquier contacto físico no consentido. Se aconseja una combinación de las técnicas estándar –de separación labial, tracción labial, y posición genupectoral– porque aumenta el rendimiento de los resultados positivos y es requerida por la clasificación de Adams para que ciertos hallazgos puedan considerarse como una prueba definitiva de la agresión sexual.

Se valorará proceder a sedación e incluso anestesia general en los casos en los que la exploración de cavidades sea imprescindible, pero resulte demasiado invasiva e incómoda para la niña, niño o adolescente víctima. (por ejemplo, en casos de hemorragia, lesión anogenital significativa o una masa o cuerpo extraño en la vagina). En todo caso, siempre pidiendo el consentimiento informado por escrito a sus tutores.

Debe tenerse en cuenta que no deben usarse espéculos en el examen de niñas prepúberes o premenárquicas, a menos que estén bajo sedación o anestesia y por motivos médicos importantes. La anoscopia generalmente tampoco está indicada para niñas o niños prepúberes, a menos que estén bajo sedación o anestesia y por indicación médica (p. ej., sangrado rectal o dolor). En los casos en que es necesaria la sedación o anestesia, el personal de pediatría generalmente trabajan en equipo con especialistas quirúrgicos apropiados.

Todos los hallazgos se deben documentar minuciosamente, tanto para fines sanitarios como probatorios, pudiendo emplearse para ello equipos de ampliación y fijación de imágenes que permitirían posteriores valoraciones por un segundo examinador y evitarían exploraciones adicionales. Por ello, en el caso de que se encuentren lesiones, además de describirlas, es necesario fotografiarlas, siempre con el consentimiento de la persona que ha sido víctima de la agresión.

Simultáneamente con la exploración se realiza la toma de muestras forenses (determinadas por el médico forense) y clínicas (establecidas por el equipo asistencial). Entre las muestras forenses se deben incluir:

6.5.3. Muestras para estudios biológicos

Es importante conocer que la presencia o no de hallazgos físicos significativos no predice el hallazgo de ADN extraño y no debería ser el criterio para decidir recolectar o no muestras

forenses. Por otra parte, la vida media del semen en las niñas prepúberes es comparativamente más corta que en adolescentes y adultas debido a la ausencia de moco cervical.

Respecto a la selección de las muestras, serán los detalles de la historia de agresión sexual y el examen físico los que deban guiar la recogida de muestras forenses. Durante el examen físico, una fuente de luz alternativa puede ayudar a detectar algunos hallazgos (que pueden requerir técnicas especiales de visualización), como en el caso de lesiones que pueden ser invisibles a simple vista.

6.5.4. Muestras para estudios toxicológicos

Orientada a la acreditación de una disminución o merma de la consciencia o de la capacidad de consentir y al estudio de un posible delito facilitado por el alcohol u otros psicotóxicos. El/la médico/a forense se hará responsable de la cadena de custodia de las muestras forenses y de su remisión posterior al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)

6.5.5. Muestras para estudios microbiológicos

El tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima de agresión sexual infantil no debe ser un impedimento para la recogida de muestras para el análisis microbiológico. Tal es el caso de las muestras clínicas destinadas a los análisis en los que se podría detectar algún patógeno de transmisión sexual que podría haber sido transferido durante la agresión sexual. Además, actualmente el contagio de una enfermedad constituye un delito de lesiones, del art. 149 del Código Penal (CP), dolosa, o del art 152 CP, imprudente. A posteriori, estas podrían ser objeto de análisis genéticos destinados a detectar el perfil genético del presunto agresor si en su momento no se hubieran tomado muestras para estudios genéticos, o se hubiera obtenido un resultado negativo en las destinadas a este fin. Todo ello sin perjuicio de que se haga un seguimiento clínico y se realicen los análisis serológicos pertinentes unas dos semanas después de los hechos para valorar seroconversión.

En edades tempranas se puede sustituir la toma de hisopos vaginales (en niñas) y uretrales (en niños) por una muestra de orina. 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, aunque el análisis se realice en el ámbito hospitalario o clínico.

7. VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES

En mayo de 2016, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) aprobó una resolución sobre el primer Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que **la prevalencia del abuso sexual infantil en hombres es del 7,6% a nivel mundial**, aunque reconoce que las cifras están por debajo de la realidad de los datos estimados.

Esta realidad se refleja en zonas afectadas por **conflictos armados** en donde se han reportado muchos casos de hombres y niños agredidos sexualmente y se considera que las cifras están por debajo de la incidencia. UNICEF señala que no es posible hacer una estimación real de casos por la falta de datos disponibles.

En términos generales, se señala que **las personas agresoras suelen ser hombres adultos**, no familiares y que se identifican como heterosexuales.

Es preciso, por tanto, evidenciar que incluso los hombres pueden ser víctimas de violencia sexual por parte de otros hombres, atendiendo incluso a un contexto de normalización de la diversidad sexual.

Sin desdibujar el concepto de violencia contra las mujeres por el hecho de ser mujer, hay que hacer hincapié en el hecho de que la socialización de género de los hombres en un contexto de una sociedad patriarcal propicia a la perpetración de acciones que vulneran la integridad sexual de terceras personas, muy mayoritariamente mujeres, pero no en exclusiva. Así, en este caso se crea la paradoja de que los hombres homosexuales y bisexuales puedan a su vez ser víctimas y agresores, por lo que hay que tener en cuenta esta realidad.

La violencia sexual sufrida por los hombres está cargada de mitos vinculados con los idearios sociales que complican la identificación, el acceso a las víctimas y el proceso de reparación.

Por ejemplo, se la considera poco común o inexistente, se piensa que los hombres heterosexuales no la sufren, o que la violencia sexual entre hombres está vinculada a una orientación sexual bisexual u homosexual, entre otros.

En el caso en que la persona agredida haya sido un hombre, hay que tener en cuenta también -además de las consecuencias físicas de la agresión sexual-, que el impacto psicológico que enfrentan vendrá también marcado por lo establecido desde la identidad masculina y sus mandatos culturales. Incluso, dependiendo de quién haya perpetrado la agresión, pueden

experimentar confusión o preocupación por las posibles repercusiones en la vivencia de su propia sexualidad.

Con frecuencia aparecen también, sentimientos vinculados a culpabilidad, debilidad, vergüenza o miedo, que cuestionan la masculinidad tradicional y dificultan el proceso de reparación del hombre víctima, sobre todo cuando se produce en el ámbito de las relaciones íntimas. También pueden sufrir la incomprensión y condena social, así como el estigma y los prejuicios vinculados con la idea de incompatibilidad entre victimización y masculinidad. Así, el acceso de los hombres a pedir ayuda profesional se puede ver seriamente comprometido.

Es necesario tener en cuenta estos aspectos desde la perspectiva de género cuando se atiende a hombres víctimas de violencia sexual, y que los equipos profesionales que les atienden estén formados y preparados para el abordaje de esta situación y la identificación de dificultades específicas del caso, facilitando el proceso de ayuda concreta y su recuperación como víctimas de violencia sexual. Es importante que en las acciones de atención a víctimas de violencia sexual se tenga en cuenta las necesidades de todas ellas, y las intervenciones hacia los agresores también tengan en cuenta la diversidad sexual y de género.

Respecto a las actuaciones sanitarias y forenses, el *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual* en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2021, Ministerio de Justicia, pp. 43 y 44) indica que, para la recogida de muestras microbiológicas para investigación de patógenos responsables de ITS, se realizará en pene y escroto con hisopo uretral.

8. ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La Convención de los Derechos del Niño abarca a las personas menores de edad. En todos los procesos de atención y protección de las víctimas infantiles, de acuerdo con el ordenamiento jurídico, prevalecerá el superior interés la persona menor de edad sobre cualquier otro interés legítimo.

La protección de la infancia y adolescencia frente a la violencia sexual se inscribe en un marco de derechos en el que las instituciones y las y los profesionales implicados actúan como garantes de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes e involucra a un amplio conjunto de actuaciones y metodologías de promoción, prevención, investigación y tratamiento de las víctimas.

Es difícil conocer las dimensiones reales de este problema en nuestro entorno debido en parte a la infranotificación de los casos. Se han publicado diferentes metaanálisis que presentan cifras muy similares y permiten disponer de una aproximación a este fenómeno.

Tal como señalan los datos recogidos en el estudio de Save The Children, de noviembre de 2021, titulado *“Los abusos sexuales hacia la Infancia en España”* entre un 10 y un 20% de la población ha sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia. De la totalidad de los casos, sólo un 15% se denuncia. Según el Ministerio del Interior, de la totalidad de víctimas de delitos contra la libertad e indemnidad sexual, en 2021, el 86% fueron mujeres y el 14% hombres. En casi el 50% de los casos, las víctimas tenían menos de 18 años. Las mujeres menores de edad son víctimas en el 83% de los casos, lo que muestra la gran vulnerabilidad en la que se encuentran. Se trata de agresiones sexuales que suelen darse de forma progresiva, sólo en el 4.9% de los casos, se llega a la penetración vaginal y en un 2,7% a la penetración anal, lo que ha generado una falta de comprensión y minimización del problema, que en muchos casos resulta imposible demostrar.

La **violencia sexual sobre la infancia y adolescencia** es, en la mayoría de los casos, una **experiencia traumática resultado de la agresión a la integridad física y emocional** y sus víctimas pueden necesitar, entre otros, apoyo psicológico. Las víctimas infantiles de violencia sexual sufrirán, en muchos casos, problemas graves y frecuentes: infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, consumo temprano de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, intentos de suicidio y autolesiones, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño entre otros no menos importantes. Los **daños a su salud física y psicológica y a su desarrollo**

evolutivo, por ello, no sólo repercuten en esta etapa del desarrollo, sino que sus efectos pueden extenderse a lo largo de toda la vida y aumentan la probabilidad de victimización secundaria.

La violencia sexual **se caracteriza generalmente por su invisibilidad, ya que acontece en escenarios privados**, y está reconocida como un **factor de riesgo psicopatológico** que influye en la aparición, evolución, duración y gravedad de diversos trastornos mentales. La detección y asistencia sanitaria a los casos de violencia sexual sobre la infancia y la adolescencia constituye un proceso complejo que exige un alto nivel de formación de los y las profesionales, una **atención urgente y preferente**, promover la **notificación desde los primeros indicios** y un **enfoque protocolizado e intersectorial** para asegurar el abordaje efectivo de las complejidades legales, procesales y periciales (técnicas) que plantean estos casos.

Las características derivadas del desarrollo cognitivo y socioafectivo infantil hacen que niñas, niños y adolescentes sean **especialmente vulnerables a la victimización secundaria** derivada de someterles a interrogatorios y exploraciones reiteradas y a su eventual participación en un proceso penal. Asimismo, las actuaciones para la prevención, detección precoz, adecuada asistencia y recuperación de las víctimas tendrán en cuenta las especificidades a desarrollar cuando la víctima de la violencia sea un niño o niña con discapacidad, tenga problemas graves del neurodesarrollo, problemas de salud mental o en la que concurra cualquier otra situación de especial vulnerabilidad (artº 34 LOPIVI).

8.1. Violencia Sexual en infancia y adolescencia

La violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, implica toda interacción sexual en la que **el consentimiento no existe o no puede ser dado**, independientemente de si la niña o el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso si no muestra signos de rechazo.

Esta agresión ocurre cuando un niño, niña o adolescente es utilizado por parte de una persona adulta u otro menor de edad para obtener su propio placer o proporcionárselo a otras personas, como en el caso de la explotación sexual infantil. La agresión sexual puede ser con contacto físico (frotamientos, masturbación, caricias, penetración...) o sin contacto físico (obligar a un niño o a una niña a ver relaciones sexuales de adultos, el exhibicionismo, bromas o humillaciones de carácter sexual...).

Supone la **imposición** de comportamientos de contenido sexual por parte de un adulto hacia una niña, niño o adolescente, en un contexto de **desigualdad o asimetría de poder**, habitualmente a través del **engaño**, la **fuerza**, o la **manipulación**.

También son agresiones **las actividades sexuales impuestas por niñas, niños y adolescentes a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión.**

La legislación española (ley 1/2015) establece **la edad de consentimiento en los 16 años**, por tanto, la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años podrá ser considerada como un hecho delictivo, salvo que se trate de **relaciones consentidas libremente con una persona próxima a la o el menor, por edad y grado de desarrollo o madurez**. Estas consideraciones, en todo caso, deberán ser dirimidas formalmente por profesionales de la fiscalía o en su caso, de la judicatura si se hubiera abierto procedimiento penal.

Las y los profesionales del SNS, deberán poner en conocimiento de la Fiscalía cuando este tipo de situaciones o casos sea detectado en los servicios sanitarios, para que Fiscalía oriente sobre las posibles medidas cautelares relativas a la protección de las niñas, niños y adolescentes.

La reciente **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia**, establece en su **artículo 13**, punto 3 relativo al Derecho a la atención integral de niños y adolescentes frente a la violencia, que *“las administraciones públicas deberán adoptar las medidas de coordinación necesarias entre todos los agentes implicados con el objetivo de evitar la victimización secundaria de los niños, niñas y adolescentes con los que, en cada caso, deban intervenir”*.

La **atención sanitaria y el abordaje integral** de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes obliga a adaptar las actuaciones al marco de los derechos de la infancia y con enfoque de género para asegurar el tratamiento, seguimiento, protección, reparación y garantía de no repetición y victimización secundaria de la víctima. Las instituciones y el conjunto de profesionales deben actuar como garantes de la **visibilización social de NNA, en su condición de titulares de derechos e incorporar su participación en los procesos de toma de decisiones**.

Los equipos profesionales a cargo de la asistencia sanitaria de niñas, niños y adolescentes en el conjunto del SNS, deberán incardinar sus actuaciones en el marco de los **derechos de la infancia** y el **buen trato**, teniendo como objetivo en todo momento la **no revictimización**.

No se trata de un fenómeno reciente fruto de la sociedad actual. Lo que sí es reciente es la sensibilización ciudadana, el avance del conocimiento científico, el interés por una mayor adaptación de la atención debida a niñas, niños y adolescentes que ha despertado en el conjunto de profesionales, equipo de investigación y administraciones, y el desarrollo de recursos y de leyes (como la actual Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia) que están permitiendo que la violencia sexual a niñas, niños

y adolescentes salga a la luz y se intervenga para proteger a las víctimas y facilitar su recuperación.

Entendiendo que es necesario diseñar actuaciones adaptadas a las necesidades específicas y momento vital de la infancia y la adolescencia, en la sesión plenaria de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), celebrada el día 6 de abril de 2022 con todas las Consejeras y Consejeros de Sanidad junto a la Ministra de Sanidad en aquel momento, se acordó **la creación de la Comisión frente a la violencia de niñas, niños y adolescentes (COVINNA)**, presidida por la Directora General de Salud Pública, en la que también están representadas las Comunidades Autónomas.

La COVINNA ha sido la correspondiente Comisión del CISNS responsable de la elaboración del **[“Protocolo común específico sobre actuación sanitaria frente a la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes”](#)**, en cumplimiento y desarrollo de la LOPIVI para el ámbito sanitario. Dicho Protocolo, pretende ser la orientación común para las CCAA en materia de protección de niñas, niños y adolescentes víctimas **de cualquier tipo de violencia por su condición de niñas, niños y adolescentes**, con el objetivo de asegurar la coordinación profesional y procurar actos únicos, evitando la victimización secundaria y proporcionando atención integral y continuidad asistencial, tanto en los ámbitos de atención primaria, hospitalaria y salud mental, así como en relación con otros sectores y sus profesionales que también intervendrán en dichos casos.

Por eso, en este capítulo del **Protocolo Común del SNS para la actuación sanitaria frente a la violencia sexual**, se recogen exclusivamente, los aspectos en relación con la actuación sanitaria ante casos de violencia sexual en la infancia y adolescencia, que están alineados y en consonancia con los recogidos en el Protocolo Común de COVINNA para este tipo concreto de violencia sobre NNA.

8.1.1. Agresión sexual pasada en infancia y adolescencia

Según el estudio de Save The Children *Los Abusos Sexuales hacia la Infancia en España* (2021), **entre un 10 y un 20% de la población ha sufrido algún tipo de agresión sexual en la infancia**. De la totalidad de los casos, **sólo un 15% se denuncia**.

Según el Ministerio del Interior, **de la totalidad de víctimas de delitos contra la libertad e indemnidad sexual, en 2021, el 86% fueron mujeres y el 14% hombres**. En casi el 50% de los casos, las víctimas tenían menos de 18 años.

Las mujeres menores de edad son víctimas en el 83% de los casos, lo que muestra la gran vulnerabilidad en la que se encuentran. Se trata de agresiones que suelen darse de forma

progresiva, sólo en el 4.9% de los casos, se llega a la penetración vaginal y en un 2,7% a la penetración anal, lo que ha generado una falta de comprensión y minimización del problema, que en muchos casos resulta imposible demostrar.

8.2. Consecuencias de la violencia sexual en la infancia y adolescencia

La violencia sexual en la infancia y en la adolescencia es una transgresión de los derechos de la infancia con repercusiones en el bienestar de niñas, niños y adolescentes, ya que no sólo causan daños en esta etapa del desarrollo, sino que **sus efectos pueden extenderse a lo largo de toda la vida**. La agresión sexual en la infancia y adolescencia está reconocida como un **factor de riesgo psicopatológico** que influye en la aparición, evolución, duración y gravedad de diversos trastornos mentales, e incrementa la vulnerabilidad para padecer dichos trastornos y la posibilidad de aparición de otros escenarios abusivos, como el bullying o la violencia de pareja hacia las mujeres.

La victimización sexual aumenta los riesgos de sufrir problemas en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social a corto y largo plazo.

La presencia de experiencias adversas en la infancia, como es la exposición a la violencia sexual, desencadena un **estrés crónico**. Este estrés crónico resulta en una disregulación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, alterando los niveles de catecolaminas, cortisol y citoquinas proinflamatorias, conduciendo a una cascada de efectos neurobiológicos que determinan un cambio en la estructura cerebral (cambios anatómicos y estructurales) y en cómo finalmente estos niños y niñas afrontan y se adaptan a los problemas de su entorno.

Se provoca una falta de plasticidad en los sistemas biológicos de respuesta al estrés que dificulta la capacidad de manejar y activar procesos internos para hacer frente a situaciones de estrés futuras de forma óptima constituyendo, por tanto, un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta o distintas psicopatologías.

8.3. Actuación sanitaria en violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Pautas generales

En términos generales, es muy importante tener en cuenta el contexto de situación del/la niñas, niños y adolescentes víctima, para determinar las medidas necesarias de alejamiento de su agresor:

- Cuando la **agresión sexual se ha producido fuera del ámbito familiar**, la familia es un

espacio seguro de protección.

- Cuando la **agresión se ha producido en el interior del núcleo familiar**, las figuras de protección encuentran muchas dificultades en su ejercicio del deber de protección, lo cual requiere de un acompañamiento constante por parte de las instituciones.

La atención de la violencia sexual contra las niñas, niños y adolescentes exige una perspectiva global que articulará distintos momentos técnicos y escenarios de intervención:

- ✓ La **prevención** que actúa sobre los factores de riesgo, en cuanto son circunstancias perjudiciales para el desarrollo integral y el bienestar de niñas, niños y adolescentes.
- ✓ La **promoción de los derechos** de la infancia y del **buen trato**, que responde a objetivos de mejora y bienestar personal y colectivo.
- ✓ La **asistencia integral**: social, sanitaria, psicológica y legal.
- ✓ La **recuperación del proyecto vital** de las víctimas

El procedimiento de **actuación interdisciplinar e intersectorial**, en particular, de los ámbitos educativo, sanitario, policial, social y judicial debe garantizar la **calidad y transparencia** de las interacciones entre profesionales y los distintos sectores, la construcción de redes de trabajo colaborativo y el monitoreo y evaluación del cumplimiento de objetivos, optimizando los procedimientos integrados que actuarán como herramientas para evitar la victimización secundaria de las personas menores de edad. Por tanto, todas las actuaciones profesionales se orientarán a:

- Promover las medidas de **atención inmediata** que requieren niñas, niños y adolescentes para asegurar su **protección**.
- Actuar con criterios de **celeridad y prioridad**, evitando demoras innecesarias.
- Contribuir al **diagnóstico** de agresión sexual (valoración sanitaria, social y psicológica). Hacer el diagnóstico diferencial.
- Instaurar **tratamiento** si es necesario
- Generar un **clima de confianza básica**, escuchar el relato de las víctimas y que otorgue credibilidad a las manifestaciones del niño/a y que transmita una actitud y apoyos respetuosos.
- Fomentar **exploraciones conjuntas** y el uso de medios audiovisuales que ayuden a compartir la información, evitando la victimización secundaria.
- Efectuar la **notificación y/o denuncia** que establece el ordenamiento jurídico.

En todo caso, en los **SERVICIOS DE SALUD** ante posibles víctimas infantiles de violencia sexual, los servicios de salud deben actuar bajo las siguientes **premisas previas y compromisos generales**:

1. Asegurar que prevalece **el interés superior de niñas, niños y adolescentes** y su consideración como **titular del derecho** a la protección frente a cualquier forma de violencia.
2. Priorizar el **enfoque de prevención y detección temprana** como base fundamental de la intervención de los servicios y personal sanitario ante posibles casos de agresión o explotación sexual en la infancia y adolescencia y trata de seres humanos.
3. Promover que **cualquier profesional de la salud que tenga conocimiento o sospechas de un caso** de agresión o explotación sexual de un niño, niña o adolescente **notifique su ocurrencia**. Trabajar en estrecha colaboración con servicios sociales y con fiscalía.
4. Garantizar la **atención integral y multidisciplinar** para la recuperación de niñas, niños y adolescentes evitando su victimización secundaria y promoviendo la reparación del daño.
5. Generar un **trabajo en red de carácter intersectorial** con el resto de los sectores, que facilite:
 - la identificación de las instituciones sociosanitarias y profesionales de la salud para la prevención y asistencia al maltrato sexual infantil.
 - la producción y difusión de materiales para la sensibilización social y la formación especializada de profesionales de la salud.
 - la creación de foros de intercambio de conocimientos y experiencias, así como el desarrollo de propuestas y mensajes de defensa de los derechos de la infancia en el SNS.
6. La violencia y la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes gozarán de intervenciones en colaboración interdisciplinar, claramente priorizadas y **adaptadas a sus características personales y evolutivas**, respetando en todo momento el estado emocional y su intimidad, ya que son especialmente vulnerables a la victimización secundaria.
7. Las actuaciones se registrarán por el **criterio de la mínima intervención**: hay que procurar que los diagnósticos, exploraciones y evaluaciones se realicen coordinadamente, evitando duplicidades e igual que para personas adultas, procurar realizar acto único para exploración y recogida de muestras. Este Protocolo común de actuación sanitaria está alineado con las normas que aseguran la correcta asistencia integral, así como las valoraciones médicas y periciales en un mismo acto médico, evitando la reiteración en sus relatos de los hechos ocurridos, las exploraciones médicas repetitivas e innecesarias.

8. Es preciso conocer que, **los ofensores menores de edad** sin responsabilidad penal, gozarán de intervenciones psicoeducativas que eviten la reincidencia, con especial énfasis en la igualdad de género.
9. Es obligación de los centros y personal sanitario consultar e **involucrar a las niñas y los niños en el proceso de desarrollo de los programas y servicios.**
10. En los casos de violencias sexuales y de género ocurridas recientemente, los equipos a cargo deberán **atender el riesgo de desprotección y evitar el riesgo de recurrencia.**
11. Promover que los y las **profesionales de la salud que tengan probabilidades de entrar en contacto con niñas, niños y adolescentes** que hayan sufrido **violencia sexual** cuenten con **formación adecuada** para identificar a estas víctimas, relacionarse con ellas y ayudar en su recuperación.
12. En general ante cualquier caso de violencia sobre niñas, niños y adolescentes, se garantizará por los sectores correspondientes que las víctimas dispongan del **adecuado y gratuito asesoramiento jurídico y de representación legal** a cargo de personas especialmente formadas para ello, junto al necesario apoyo sanitario, psicológico y social.

Para facilitar una atención integral de calidad, se requieren **mecanismos estables de comunicación y de colaboración** entre los profesionales clínicos, forenses, con los equipos de protección, fiscales y jueces; con el suficiente amparo para las y los profesionales. Todo esto se recoge en el **modelo BARNAHUS** o «**Casa de los niños y niñas**». Se basa en integrar a todos los dispositivos involucrados en la atención a la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes (salud, servicios sociales, educación, sistema judicial, cuerpos y fuerzas de seguridad), en un entorno amigable para la infancia. De esta manera coordinada e integrada, se atiende desde la salud, lo social y lo judicial a los niños y a las niñas víctimas de violencia sexual.

8.4. Indicadores Agresión Sexual Infantil

Son cualquier manifestación, de tipo físico o conductual, que puede estar asociada a la ocurrencia de victimización sexual. Es muy importante tener en cuenta que los niñas, niños y adolescentes que han sido agredidos sexualmente pueden estar aparentemente asintomáticos, lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir.

8.4.1. Indicadores altamente específicos

La presencia de estos indicadores implica una altísima probabilidad de que las agresiones sexuales han ocurrido. La ausencia de uno o más de estos indicadores, no debe ser entendida como una razón para descartar indicios en ese sentido.

Físicos

- Lesiones en zona genital, anal, perianal o senos (erosiones, contusiones, laceraciones, hematomas) para los que no hay una explicación o es inadecuada.
- Dolor, sangrado o secreción genital o anal que no tiene explicación médica.
- Sugilaciones (chupetones) en cuello o mamas.
- Dificultad para andar y sentarse.
- Infecciones de transmisión sexual (Anexo 3.2).
- Presencia de semen o pelo púbico en boca, ano, genitales, ropa.
- Embarazo.

Psicológicos

La revelación por parte del niño, niña o adolescente de haber sido objeto de una agresión sexual. El hecho de que un niñas, niños y adolescentes nos cuente que ha sido víctima es uno de los indicadores más potentes y específicos.

8.4.2 Indicadores de sospecha

Indicadores comportamentales

- Conductas sexuales impropias de la edad (masturbación compulsiva con objetos, caricias bucogenitales, pedir ser tocado en el área genital, conductas sexualmente seductoras).
- Agresiones sexuales a otros niñas, niños y adolescentes.
- Conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad. Promiscuidad en adolescentes.

Los comportamientos sexuales inapropiados no siempre pueden atribuirse a agresión sexual. Sin embargo, cuando están presentes justifican una evaluación. Debemos considerar, además, otros estresores (abuso emocional, abuso físico, disfunción familiar, etc.) o exposición inapropiada a material sexualizado.

8.4.3 Indicadores inespecíficos

Pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés y ponen de manifiesto los intentos por defenderse y adaptarse a experiencias traumáticas. Es importante que los trastornos señalados por los indicadores se evalúen teniendo en cuenta la edad y el nivel evolutivo del niñas, niños y adolescentes.

Físicos

- Ciertos trastornos psicosomáticos como dolores abdominales recurrentes y dolores de cabeza sin causa orgánica.
- Trastornos del sueño y del apetito.
- Fenómenos regresivos como enuresis y encopresis en niños y niñas que ya habían logrado el control de esfínteres.

Psicológicos y Sociales

Infancia temprana (<3 años)	• Retraimiento social • Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas • Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas • Ansiedad de separación de la persona protectora, rechazo al contacto con la persona agresora • Alteraciones en el ritmo de sueño
Prescolares	• Síndrome de estrés post-traumático • Hiperactividad • Conductas regresivas • Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos) • Fobias o temores intensos
Escolares y preadolescentes	• Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores • Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de aparición brusca e inexplicable • Fugas del hogar • Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar, con sus amigos y amigas, en el ámbito escolar. • Sobreadaptación, pseudomadurez • Conflictos con las figuras de autoridad, junto con marcada desconfianza hacia las personas adultas significativas • Pequeños robos • Mentiras frecuentes • Sentimientos de desesperanza y tristeza
Adolescentes	• Conductas violentas, con riesgo para su integridad física • Retraimiento, sobreadaptación. • Fugas del hogar • Consumo de drogas • Delincuencia • Automutilaciones y otras conductas agresivas • Intentos de suicidio

8.5. Resumen. Actuación sanitaria en caso de Violencia Sexual en niñas, niños y adolescentes

Este último apartado del capítulo sobre Violencia Sexual en niñas, niños y adolescentes, intenta resumir desde la notificación al seguimiento posterior teniendo en cuenta la coordinación interdisciplinar. Los aspectos legales se recogen de forma más detallada en el capítulo 9 de este Protocolo (aspectos éticos y legales). Este resumen está alineado con los contenidos que de forma más detallada pueden ser consultados en el Protocolo específico elaborado por la COVINNA en relación con las violencias ejercidas sobre niñas, niños y adolescentes, no sólo la violencia sexual.

De conformidad con la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), se reconoce **“el deber de comunicación cualificado”**, es decir, la especial responsabilidad y obligación de poner en conocimiento de las instancias competentes, a aquellas personas que por su cualificación y por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de niñas, niños y adolescentes y que, en el ejercicio de estas, hayan tenido conocimiento o indicios razonables de sospecha de una situación de violencia ejercida sobre estos.

Esta acción de notificar incluye el ámbito sanitario y cuando dicha violencia pudiera comprometer la salud o la seguridad del niñas, niños y adolescentes se debe comunicar inmediatamente a las **FFCCS y/o al juzgado de guardia o ministerio fiscal**.

Se debe **informar a la niña, niño o adolescente y a las personas responsables** del mismo sobre la notificación y su objetivo, que no es otro que el de aclarar si hay o no una posible situación de violencia y así establecer medidas para evitar y revertir esta situación y sus efectos adversos.

En todos los **casos de sospecha o evidencia de violencia en niñas, niños y adolescentes** notificar a servicios sociales competentes. Como norma general, si el riesgo de desprotección es leve o moderado se comunicará a los servicios sociales de las entidades locales y si es grave a la Entidad Pública competente en protección de menores.

En los **casos constitutivos de un posible delito o si hay riesgo grave para la integridad de la niña, niño o adolescente**, además se notificará a otras instancias como juzgado (parte de lesiones), fiscalía o FFCCS. El juzgado de guardia, tras recibir la notificación del centro sanitario, podrá requerir la presencia del profesional del IMLCF si las circunstancias lo requieren.

Por tanto, se debe tener especial atención respecto a:

- NOTIFICACIÓN A SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES/SERVICIOS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA: mediante el registro unificado del maltrato infantil, a través de la hoja de notificación en el modelo establecido en la comunidad autónoma donde se le está atendiendo.
- PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA para la Comunicación de Asistencia Sanitaria por Lesiones si los hechos pudieran ser constitutivos de delito. Cuando de la violencia sexual pudiera resultar que la salud o la seguridad de la niña, niño o adolescente se encontrase amenazada, deberán comunicarlo de forma inmediata a las FFCCS y/o al Ministerio Fiscal, sin perjuicio de prestar la atención inmediata que la víctima precise, facilitar toda la información de que dispongan, así como prestar su máxima colaboración a las autoridades competentes.
- INFORME MÉDICO. La forma en que se realice puede condicionar si se lleva a cabo una investigación. Se utilizará un lenguaje claro y comprensible, evitando la jerga médica. Se detallará la presencia de hallazgos (historia, síntomas o signos, laboratorio) compatibles con una posible agresión sexual y las razones por las que se sospecha que ésta pudo haber ocurrido. En el informe clínico deberá utilizarse la codificación diagnóstica de la clasificación internacional de enfermedades, CIE10.
- CONSULTAS DE SEGUIMIENTO para resultados de cultivos, serologías, monitorización de efectos secundarios y adherencia al tratamiento, si indicado. Muy relevante para el tratamiento y recuperación puede ser el apoyo psicológico y las actuaciones orientadas a la recuperación del proyecto vital.

9. PREVENCIÓN

El sistema sanitario tiene un importante papel en la prevención de la violencia de género y específicamente en las violencias sexuales. Así ha sido recogido desde la elaboración del “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género” (2012), en donde se dan una serie de recomendaciones en tres ejes de acción:

- En el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales
- En el ámbito de la atención a la salud integral de las mujeres
- En el ámbito comunitario de salud

Del mismo modo, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS desde 2010 y posteriormente en su Plan Operativo de Salud Sexual 2019-2020, se incluyen como actuaciones estratégicas relevantes, las referidas a la sensibilización y formación de profesionales y actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud, desde un enfoque de derechos, holístico y de género.

Es preciso plantear un abordaje diferencial entre la salud sexual y la salud reproductiva, debido a que en muchas ocasiones algunos aspectos de los derechos sexuales se abordan dentro de los derechos reproductivos.

La Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual señala la necesidad de que los planes de formación continua de profesionales del Sistema Nacional de Salud y de la red de servicios sociales incluyan temas dedicados a la sensibilización y formación en materia de prevención, detección y actuación en casos de violencias sexuales, así como en el tratamiento de las víctimas de violencias sexuales y sus derechos (Artículo 25).

La Ley Orgánica también insta a la colaboración del ámbito sanitario con el ámbito educativo para la incorporación de contenidos basados en la coeducación sobre educación sexual e igualdad de género y educación afectivo-sexual para el alumnado, apropiados en función de la edad, en todos los niveles educativos y con las adaptaciones y apoyos necesarios para el alumnado con necesidades educativas específicas, respetando en todo caso las competencias en materia de educación de las CCAA y en colaboración con el ámbito sanitario (Artículo 7).

En el mismo artículo, se plantea la necesaria inclusión de dichos **contenidos formativos** en los planes de estudios conducentes a la obtención de **títulos universitarios oficiales** en los que resulte coherente conforme a las competencias inherentes a los mismos.

Por otra parte, y respecto al **ámbito de las administraciones públicas**, esta Ley Orgánica insta a las administraciones sanitarias, socio sanitarias y de servicios sociales competentes, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, respectivamente, a promover la **adopción de medidas para la prevención y sensibilización de las violencias sexuales sobre las personas usuarias de los recursos sanitarios, socio sanitarios y de servicios sociales**, respetando, en todo caso, las competencias de las CCAA en estas materias (Artículo 8).

Otra de las medidas vinculadas al ámbito de salud y la prevención de las violencias sexuales es la creación e impulso de **Campañas institucionales de prevención e información**, de manera que sean accesibles a la población, tomando en consideración circunstancias tales como la edad, la discapacidad, el idioma, el medio rural, la insularidad o la eventual residencia en el extranjero de nacionales españolas y españoles. Para ello, tendrán **especial divulgación en los medios de comunicación de titularidad pública y en los centros educativos, sociales, sanitarios, laborales, culturales y deportivos** (Artículo 9).

- Respecto a la prevención de las violencias sexuales en la infancia y adolescencia, La Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), en el capítulo VI, dedicado a las actuaciones en el ámbito sanitario, recoge en su Artículo 38:
- Las administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones para la promoción del buen trato a la infancia y la adolescencia, así como para la prevención y detección precoz de la violencia sobre los niños, niñas y adolescentes, y de sus factores de riesgo, en el marco del protocolo común de actuación sanitaria de la COVINNA (previsto en el artículo 39.2).
- Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, las administraciones sanitarias competentes promoverán la elaboración de protocolos específicos de actuación en el ámbito de sus competencias, que faciliten la promoción del buen trato, la identificación de factores de riesgo y la prevención y detección precoz de la violencia sobre niños, niñas y adolescentes, así como las medidas a adoptar para la adecuada asistencia y recuperación de las víctimas, y que deberán tener en cuenta las especificidades de las actuaciones a desarrollar cuando la víctima de violencia sea una persona con discapacidad, problemas graves del neurodesarrollo, problemas de salud mental o en la que concurra cualquier otra situación de especial vulnerabilidad. Se promoverá, así mismo, la coordinación con todos los agentes implicados.

- Las administraciones sanitarias competentes **facilitarán el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la información**, a los servicios de tratamiento y recuperación, garantizando la atención universal y accesible a todos aquellos que se encuentren en las situaciones de desprotección, riesgo y violencia a las que se refiere esta ley. Especialmente, se garantizará una atención a la salud mental integral reparadora y adecuada a su edad.

Por tanto, el **MODELO DE BUEN TRATO Y DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO** ha de impregnar la práctica sanitaria en la intervención a lo largo de la vida, lo que implica introducir contenidos en esa dirección en todas las actividades sanitarias, tales como:

- Consulta joven y actividades de prevención y promoción de la salud en Atención Primaria: En las experiencias existentes en diferentes CCAA, esta consulta atiende a población adolescente y joven, siendo el momento y espacio de este tipo de consulta, muy propicio para promover la educación para la salud y prevención de la violencia de género (VG), en un momento vital en que las identidades personales se configuran de manera decisiva y donde los referentes masculinos y femeninos son fundamentales en ese proceso de construcción identitaria. Es además necesario trabajar aspectos de promoción de la salud sexual como la corresponsabilidad en los métodos anticonceptivos, el consentimiento y deseo mutuo de la relación y los buenos tratos. Asimismo, **es fundamental la promoción del buen uso de las Tecnologías de la información y la comunicación**, desmontando mitos y desvelando conductas de violencia y desigualdad de género, **en muchos casos, vinculadas con la pornografía que consumen**.
- Consulta de población adulta: tanto dentro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), como en otros programas preventivos o dentro de la actividad asistencial habitual. La entrevista psicosocial, basada en la escucha y en la atención a los determinantes de salud de la población adulta atendida, puede ayudar a aflorar dificultades o problemas en el área de las relaciones interpersonales y de la identidad personal. Puede también permitir detectar modelos negativos o “tóxicos” de identidad masculina o femenina con alto riesgo de mantener relaciones marcadas por la VG o en riesgo de sufrirlas. También es propicio para fomentar mensajes y modelos de masculinidad y feminidad igualitarias, educar para unas relaciones interpersonales saludables, basadas en el diálogo, respeto y cuidado mutuo, ayuda a reducir los riesgos para la salud (determinante social del género) y para ejercer violencia de género en cualquiera de sus expresiones.
- Grupos de educación para la salud: desde la atención primaria se realizan diversos grupos de educación para la salud (EPS) tanto centrados en estilos de vida y promoción de la salud

como en el abordaje de patologías crónicas, atención a personas cuidadoras, etc. En estos espacios es recomendable incorporar de manera consciente la perspectiva de género y el fomento de relaciones de buen trato y respeto entre personas. Especial mención tienen los grupos socioeducativos o de malestares en salud de mujeres y hombres, donde se deben trabajar la igualdad, buenos tratos, corresponsabilidad de los cuidados, así como el empoderamiento femenino y aspectos de la mejora de la salud con los hombres que se convierte en una puerta de entrada para comenzar la reflexión sobre masculinidades y sus riesgos.

- Programa de atención al embarazo y parto: es un momento de mayor receptividad a mensajes y orientaciones para promover la salud. Tanto en las consultas de seguimiento de atención individual a la mujer y/o su pareja/familia/acompañantes como en las sesiones de educación grupal (preparación al parto) se pueden incluir contenidos relativos a: buen trato, fomento de modelos de masculinidad y feminidad igualitarios, en los que incluyan referentes positivos de ambos sexos, fomentar la parentalidad positiva y la corresponsabilidad en los cuidados...
- Programa para mujeres de edad avanzada, climaterio y otros, en donde se promueva una sexualidad sana, placentera y deseada.
- Programas para la promoción de la salud integral en hombres (en colaboración con asociaciones como PROCC, CEPAIN, AHIGE).
- Programa de Salud Infantil (Programa del Niño/a sano): es importante la promoción de la salud sexual desde la infancia, trabajando la prevención con herramientas que aumenten su capacidad de protección frente a las agresiones sexuales y su capacidad de pedir ayuda. Asimismo, es fundamental la promoción del buen uso de las TICs en la familia, impidiendo el acceso a materiales pornográficos y violentos a los y las menores.
- Programas de Educación sexual integral en centros educativos: basados en la evidencia científica tanto en contenidos como en duración mínima y con un enfoque de igualdad de género que aumenta la eficacia de dichos programas. Imprescindible desmontar los mitos de la pornografía y la desigualdad y violencia que se exhibe en ella y que chicos y chicas reproducen en sus propias relaciones sexuales. Se debe trabajar y analizar como una de las causas de aumento de la violencia sexual en menores y jóvenes.
- Programas comunitarios de sexualidad y juventud o programas en espacios comunitarios, especialmente con aquellas instituciones que tienen la responsabilidad de la educación y

formación de las generaciones jóvenes (grupos deportivos; centros juveniles de ocio; asociaciones juveniles; o Universidades y Cátedras de Género, entre otros).

- Dar visibilidad e importancia al deseo y al consentimiento de las relaciones sexuales (importancia del deseo compartido).
- Programas comunitarios de salud pública y espacios seguros contra las agresiones sexuales y sexista en fiestas y ocio nocturno, en coordinación con los equipos de salud.
- Trabajo con familias: promoviendo el buen trato y la corresponsabilidad de los cuidados, así como proporcionando herramientas para prevención de la violencia de género y la educación sexual en hijas e hijos.
- Programas para la salud con otros grupos vulnerables (mujer reclusa o exreclusa, menores protegidos, mujeres en situación de prostitución, trata o adicción a drogas).

10. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Ante una situación de violencia sexual, nos enfrentamos a un problema de salud pública con repercusiones jurídicas, planteando en ocasiones, un dilema ético a las y los profesionales en la toma de decisiones.

En aquellos casos de violencia sexual sufrida en el pasado (no reciente), hay mujeres que, a pesar de presentar lesiones importantes, no reconocen verbalmente en la consulta su situación de violencia sexual, por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a su seguridad y la de su familia.

Tal como ya se reflejaba en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el SNS (2012), en la atención a las mujeres en situaciones de violencia de género (física, psicológica o sexual), al igual que en cualquier intervención sanitaria, los equipos de profesionales que las atienden (tanto en Atención Primaria, como Hospitalaria, salud mental y servicios de Urgencias) deben tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes, recogidos tanto en los códigos deontológicos profesionales como en 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. Las características específicas de la actuación sanitaria en situaciones de violencia sexual en la que se centra este nuevo Protocolo Común del SNS y la vulnerabilidad de las mujeres, niñas y niños que la sufran, requieren poner especial atención en estos aspectos.

En todos los casos, el trato con las mujeres, niñas y niños supervivientes de violencia sexual deberá primar el respeto, los **tiempos y necesidades** de su situación personal y la edad. La **credibilidad** de su testimonio será prioritaria en todas las intervenciones que se realicen, con la finalidad de promocionar su **recuperación integral** y no generar **ningún tipo de perjuicio** que contribuya a una victimización secundaria producto de las intervenciones realizadas profesionalmente.

El lenguaje de los derechos y el de la ética (valores, principios) resultan complementarios en su aplicación a las actuaciones sanitarias frente a la violencia contra la infancia.

En cualquier caso, son siempre de aplicación en el caso de la asistencia sanitaria, como marco general, los principios éticos de la actuación sanitaria.

10.1 Principios éticos en la actuación sanitaria ante los casos de violencia sexual

10.1.1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)

La finalidad principal de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres, niñas y niños que viven estas situaciones de violencia sexual, es **restablecer su salud**, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

En los primeros momentos de contacto con la víctima, la obligación del personal facultativo será fundamentalmente prestar la asistencia sanitaria inmediata que precise para lograr su recuperación, así como en su caso cuando proceda atendiendo a las circunstancias individuales de cada supuesto, las actuaciones de coordinación conjunta conforme a lo establecido en el presente protocolo común en su apartado sobre examen forense y coordinación con justicia.

Este principio alienta hacia un **abordaje integral y multidimensional** de la violencia sexual en personas adultas y la ejercida contra la infancia y adolescencia, como problema de salud pública.

Ha de inscribirse además en una **estrategia global que contemple también la promoción del valor social de la infancia, el buen trato**, el apoyo a un ejercicio positivo de la parentalidad, la prevención de factores de riesgo y la detección precoz, la evitación de la victimización secundaria y la recuperación del proyecto vital de las niñas, niños y adolescentes que han sufrido esta violencia.

La consideración de los principios que informan el respeto a la dignidad de las personas menores de edad se refuerza con una conciencia creciente sobre **el estatus de la infancia a lo largo de la historia**, definido por las condiciones de subalternidad, discriminación y violencia que ha soportado, así como por su invisibilidad política. La visión de la infancia como un período de la vida con particularidades evolutivas propias y con necesidades específicas, especialmente vulnerable y merecedor de protecciones especiales por parte de los adultos y de los Estados es bastante reciente.

La **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)**, ha servido como marco legal para promover los derechos de la infancia (derecho a la vida y al desarrollo, prioridad de los intereses de los niños/as, derecho a la protección y a la participación) y, en este sentido, ha sido importante el avance histórico que ha impulsado hacia un nuevo marco de derechos a nivel global.

El tránsito desde una perspectiva de la niña o el niño como objeto de cuidados especiales a otra en que es reconocido/a como sujeto de derechos, implica que **la familia adquiere también un estatuto público, ya no es un ámbito exclusivamente privado y, por consiguiente, el Estado es el garante de sus derechos, debiendo intervenir cuando estos son vulnerados**, como es el caso de la violencia que se ejerza en cualquier contexto, también en el intrafamiliar. En la perspectiva de derechos de la infancia, los niños y niñas están facultados para ejercer y exigir sus derechos. Son participantes activos por su condición de ciudadanos/as y existe la prioridad de asegurarles entornos amigables, así como de emplear una perspectiva integral y multisectorial para su protección.

La información y comunicación adecuada a las autoridades judiciales, mediante la llamada en caso urgente y la elaboración del correspondiente **parte de lesiones e informe médico** referido al caso de violencia sexual atendido, permite poner en marcha el conjunto de medidas dirigidas a la protección de las mujeres, niños, niñas y adolescentes y las medidas legales para evitar que el delito quede impune. También se pondrán en marcha estas medidas en el caso de personas con discapacidad con necesidad de especial protección y en las que existe un riesgo objetivo de reiteración de nuevos episodios de violencia sexual.

10.1.2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia)

En esta categoría pueden identificarse para evitarlas, todas aquellas **actuaciones que revictimizan** (exploraciones redundantes, no coordinadas, innecesarias, etc.), demoras en las notificaciones o intervenciones, toma de decisiones que anteponen otros intereses y valores en contradicción con el interés superior del menor, falta de respuestas coordinadas e interdisciplinares o no seguimiento de los casos.

Siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, **es necesario informar** a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

En estos primeros momentos de asistencia sanitaria, se **respetarán los tiempos de reflexión** que la mujer víctima de agresión sexual precise para la toma libre y voluntaria de su decisión sobre si desea o no interponer denuncia.

Es importante y resulta conveniente, informar a la persona agredida sobre su derecho a contactar con la **Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito (OAVD)** de su localidad o provincia, por vía telefónica o presencial, desde donde se le informarán de todos sus derechos

y recursos existentes a su disposición, donde se le ofrecerá un lugar de escucha y apoyo emocional durante todo el proceso judicial para el caso de que decidiera formular denuncia.

Las OAVD constituyen un **recurso de la Administración de Justicia, cuyo servicio de atención no está condicionado a la interposición de denuncia.**

Durante la asistencia sanitaria es imprescindible **cuidar el lenguaje y evitar prejuicios con preguntas que la culpabilicen, contribuyendo a su victimización secundaria.** Cuando nos encontremos ante una agresión sexual con o sin lesiones, se solicitará al Juzgado de Guardia por escrito o telefónicamente, la presencia en el centro sanitario de profesionales de las Unidades de Valoración Forense Integral o del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses correspondiente, para que por el o la médico forense se practique de forma conjunta el reconocimiento ginecológico, la exploración física sin demoras, así como la recogida de muestras biológicas y otras evidencias, que se realizará todo ello en un solo acto, intentando no someter a la mujer a una doble victimización, no siendo condición indispensable, la interposición de denuncia por parte de la víctima para dicha primera actuación conjunta (conforme al artículo 48 de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual) y en sintonía con el Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Ministerio de Justicia, 2021.

En cualquier caso, **el previo consentimiento informado de la víctima será requisito indispensable para proceder desde este primer momento a la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias,** incluidas las imágenes, que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales, como exige el apartado segundo del referido artículo 48 de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

Cuando el personal facultativo del equipo sanitario sospeche que de la emisión del parte de lesiones puede derivar en un grave riesgo para la vida de la mujer, sus hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo, se debe plantear de forma prioritaria con la mujer un plan que le permita superar esa situación y tener las debidas garantías de seguridad para su integridad.

El personal sanitario puede comunicar con el Ministerio Fiscal ante cualquier duda sobre sus implicaciones legales al emitir un parte de lesiones o sobre las medidas cautelares que se pueden tomar para proteger a la víctima, hijas e hijos.

Según establece la Ley de Enjuiciamiento criminal, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial, ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados. La comunicación con la Fiscalía desde los

servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en aquellos casos en que no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones y su causa, o si la persona agredida es niña, niño o adolescente y las personas responsables de su tutela o asesoramiento no reconocen el maltrato o no quieren denunciar en ese momento y el personal sanitario no cuenta con certeza suficiente para saber qué pasos seguir a nivel legal.

10.1.3 Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional

Es importante tener presente en la actuación sanitaria la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente* y la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*.

En todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y como un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención integrada a la víctima de violencia sexual: profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración, personal celador.

El compromiso de confidencialidad implica:

- **El registro confidencial de la información.** Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma en la que quedará recogida en la historia clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma
- **Preservar la privacidad de los datos personales** que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en medicina de familia y comunitaria y enfermería, el personal sanitario es el mismo para todas las personas que integran la unidad familiar, incluyendo a los hijos e hijas mayores de 14 años y si son menores, en relación con su atención desde pediatría.
- **Garantizar un ambiente de intimidad durante la entrevista**, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno en caso de mujer mayor de edad, ni tampoco necesidad de presencia durante dicha entrevista, de las FFCCS que hayan podido acompañar a la víctima para

protegerla hasta recibir la atención médica necesaria para su estabilización. En el caso de niñas, niños y adolescentes, siendo especialmente observante de la actitud que mantienen en presencia de la persona que le acompaña a la consulta, así como en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.

Ahora bien, en el artículo 8.2 del Código de Deontología Médica hace referencia expresa a esta cuestión *"Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o colaborador cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran"*, lo que nos lleva a la necesidad de permitir la presencia de personas del entorno (más bien, del entorno y de la confianza) de la víctima, que obviamente deberán ser advertidas sobre la confidencialidad, lo que permitirá el acompañamiento de soporte emocional a las víctimas, siempre que así lo soliciten, previa información de su derecho. En este mismo sentido, el artículo 4 sobre *Derecho de la víctima a entender y ser entendida* de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito que establece en la letra c) como derecho de toda víctima de un delito: *"La víctima podrá estar acompañada de una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y funcionarios."*

- No compartir información sobre la mujer con integrantes del equipo asistencial, en espacios que no sean estrictamente profesionales e integrantes del equipo implicado directamente con la atención inmediata y el seguimiento posterior de recuperación de la persona agredida (adulto, niña, niño o adolescente).
- En caso de emitir un parte de lesiones, se acompañará únicamente con el informe médico que recoja los datos estrictamente necesarios, relacionados con la atención sanitaria al episodio de violencia sexual atendida o la historia de dicho maltrato si fue en el pasado, siendo conscientes de que, si se inicia un procedimiento judicial, la parte denunciada y su abogado/a de la defensa, tendrá acceso a toda la información remitida. Y sólo, en caso de iniciarse el procedimiento judicial correspondiente y si por parte del juez o jueza que instruya el caso, se solicitara más información sanitaria, se procederá a remitirle estrictamente la información extraída de la historia clínica si en ella constase lo que se solicita.

En caso de violencia sexual en una niña, niño o adolescente, asegurar el cumplimiento por los profesionales del **deber de comunicación cualificado**, la atención sanitaria y la comunicación a las instancias competentes de forma inmediata (Artículo 16 de la LOPIVI) y el registro en la historia clínica de la circunstancia (Disposición final decimotercera de LOPIVI).

10.1.4 Principio de autonomía

Todas las actuaciones sanitarias frente a la violencia sexual en personas adultas y, especialmente, en la infancia y la adolescencia, deben considerar a la persona agredida como **sujeto de derecho y la autonomía progresiva inherente a su desarrollo psicosocial y evolutivo**. Por tanto, se deberá fomentar su capacidad de comprensión y consentimiento en la toma de decisiones, de acuerdo a su grado de madurez. Para ello, en todos los procedimientos e intervenciones serán fundamentales la adecuación de la información que se le facilite, el respeto a su privacidad y a la confidencialidad, así como las habilidades de comunicación de los y las profesionales. El sistema de salud debe configurarse como un espacio que haga compatibles actuaciones de protección y a su vez de promoción de la autonomía.

En los casos de violencia sexual en infancia y adolescencia habrá que priorizar como criterio general el interés superior del menor frente a los valores y normas de otros cuando las personas responsables de la niña, niño o adolescente, la familia o tutores/as actúan de forma dañina o negligente.

10.1.5 Principio de justicia

Por último, es preciso tener siempre presente -especialmente en la actuación sanitaria con niñas, niños o adolescentes- este principio que recuerda la **solidaridad intergeneracional y la especial protección y dedicación que una sociedad con aspiraciones morales éticas debe dedicar a su infancia**. Este principio impregnará una orientación estratégica de los servicios sanitarios hacia la prevención primaria y la detección precoz de riesgos, de modo que se puedan suministrar recursos de apoyo y seguimiento a las familias y al desarrollo evolutivo infantil. Bajo esta misma lógica, deben priorizarse las actuaciones interdisciplinares y bajo un enfoque de derechos frente a los indicios o signos de violencia contra niñas, niños y adolescentes.

La prueba preconstituida

La nueva normativa otorga cada vez un papel más activo a la víctima del delito en el proceso penal con la finalidad de ofrecer un servicio de atención y protección igualitario, accesible y adaptado a las necesidades individuales **para evitar la victimización secundaria, sobre todo cuando se trata de personas especialmente vulnerables como son las niñas, niños o adolescentes**.

La LOPIVI establece la prueba preconstituida como **obligatoria cuando el testigo y/o víctima del delito sea una persona menor de 14 años o sea mayor de 14 años con discapacidad** de especial protección.

Tal como recoge en *Guía de buenas prácticas para la declaración en el proceso penal de menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección: intervención desde la psicología forense, en particular en la prueba preconstituida* (2022), como norma general, la prueba preconstituida se practicará por **profesionales de psicología forense de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF)**, por lo que no constituyen el objetivo de este protocolo de actuación sanitario, aunque es preciso conocer su definición y situarla en el proceso integral de actuaciones que se realizan en la atención integral a niñas, niños y adolescentes que están en esta situación.

La psicología forense ha venido desempeñando una labor fundamental en el auxilio a la autoridad fiscal y judicial colaborando en la toma de declaraciones, así como para asesorar sobre el riesgo de contaminación del testimonio, posible pérdida de información debida al paso del tiempo, huella de memoria, madurez, lesiones y huellas psicológicas, competencia para prestar declaración, así como la necesidad de preservar la estabilidad emocional y cognitiva de niñas, niños y adolescentes.

En caso de que se tenga conocimiento por parte de los servicios sanitarios de que se va a practicar una prueba preconstituida para niñas, niños y adolescentes, es conveniente tener presentes algunas recomendaciones:

- Se debe informar a la familia y/u otras personas que puedan conocer el caso de la necesidad de evitar que la víctima reitere los hechos denunciados antes de la celebración de la prueba, con la finalidad de evitar que se produzcan errores o sesgos de memoria que puedan interferir en la obtención del testimonio y contaminen la huella mnésica.
- Se debe establecer un mecanismo de coordinación de carácter técnico entre los centros asistenciales, el IMLCF, las OAVD y la EPI. Permitirá establecer estrategias de contención emocional. Y tras la valoración psicológica-forense, su remisión para iniciar tratamiento psicológico. Asimismo se ofrecerá a la familia de la víctima el servicio de asistencia, apoyo y acompañamiento de la OAVD en calidad de víctima indirecta.

Dilemas éticos y el deber de denuncia

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario respecto a la **salvaguarda de la confidencialidad**.

La Ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial.

Existe un deber general de denuncia por razón del cargo, profesión u oficio, así como un deber especial de denuncia para los profesionales de la medicina previsto en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que establece:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante.

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

Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250.

Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrá además en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo.

Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las Leyes.”

Para perseguir los delitos de agresión sexual y acoso sexual ante los Tribunales de Justicia al tratarse de delitos semipúblicos será precisa -como requisito de procedibilidad- **la denuncia de la víctima**, de su representante legal o querella del Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia.

Cuando la víctima sea menor de edad, persona con discapacidad necesitada de especial protección o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal.

Resulta importante destacar que, **en estos delitos, el perdón de la víctima o del representante legal no extingue la acción penal ni la responsabilidad penal del autor/es** (artículo 191 del Código Penal).

- Cuando la víctima fuere una mujer mayor de edad con plena capacidad de obrar, el proceso judicial **requiere de su propia denuncia o bien de la actuación del Ministerio Fiscal como garante de la protección** de los derechos de toda víctima del delito.
- Cuando se tratase de víctimas menores de edad, existe un deber de comunicación cualificado del personal de los centros sanitarios, que por razón de su actividad profesional tuvieran conocimiento o advirtieran indicios de una situación de maltrato o violencia, en

particular atendiendo al objeto de este protocolo común, de violencia sexual, que deberán **comunicarlo de forma inmediata a los servicios sociales competentes, y encontrándose amenazada la salud o la seguridad de niñas, niños y adolescentes deberá comunicarse de forma inmediata a las FFCCS del Estado y/o Ministerio Fiscal**, todo ello de conformidad con el artículo 18.2 sobre *Responsabilidad institucional de detección de las violencias sexuales* de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual que se remite expresamente al Título II sobre *Deber de comunicación de situaciones de violencia* de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, cuyo artículo 16 regulada el *Deber de comunicación cualificado*.

La comunicación a los servicios sociales competentes deberá realizarse conforme al modelo de notificación y según el procedimiento previsto en cada territorio o CA para la actuación sanitaria ante la violencia sexual en caso de niñas, niños y adolescentes.

En todo caso, advertir el deber especial de cuidado que deberá prestar el personal sanitario, cuando la sospecha de la autoría en la comisión del episodio de violencia sexual recayera sobre una persona del propio entorno familiar o entorno más cercano de la víctima ya sea esta mayor o menor de edad, pues podría existir un **riesgo elevado de reiteración de un nuevo episodio de violencia sexual** lo que determinará para el facultativo un plus de actuación mediante la comunicación inmediata a la autoridad judicial y/o fiscal del hecho conocido, con el fin de evitar nuevos episodios (posible adopción por la autoridad judicial de una orden de protección en interés de la víctima).

10.1.6 Autocuidado profesional

La práctica profesional en el ámbito sanitario, vinculado a procesos de atención y reparación de diferentes tipos de violencias, debe incluir un Plan de autocuidado que contenga medidas preventivas para las y los profesionales de la salud que las atienden, para preservar la salud y bienestar general del personal sanitario, y al mismo tiempo asegurar una atención efectiva, de calidad, especializada e integral a las víctimas o sobrevivientes de violencia sexual y otras violencias que requieren ayuda y acuden a sus servicios (Ojeda, 2006).

Así, los equipos deben contar de manera estable con un sistema permanente y bien definido de supervisión y autocuidados que permita ayudarles a hacer frente a las dificultades de la atención sanitaria en estas situaciones. También para revisar y mejorar sus intervenciones: atención sanitaria y comunicación con las víctimas o supervivientes, espacios para la revisión y propuesta

de mejoras, tiempos asistenciales necesarios y sistemas que promuevan el bienestar general, tanto de la víctima como de sus familiares o acompañantes, como de los propios equipos que las atienden.

La atención continuada a víctimas de violencia sexual puede generar el desarrollo de:

- Síndrome de Burnout
- Traumatización vicaria
- Movilización de las propias experiencias de violencia que puedan existir o hayan existido en el pasado

Se debe contar con espacios protegidos para la resolución de los problemas surgidos y tratarlos en el interior de los equipos profesionales, valorando situaciones de riesgo específicas que se han atendido y compartiendo el conocimiento integral de la atención de cada caso ha aportado a la mejor práctica profesional, con formación y capacitación continua, promoviendo espacios de reflexión que permitan vincularse a profesionales del mismo nivel de especialización y tomar decisiones adecuadas, además de promover la investigación sanitaria específica en este tipo de violencia, mejorando procedimientos y la satisfacción profesional con el trabajo realizado y la efectividad de las acciones realizadas en los resultados en salud y mejora de la calidad de vida de las mujeres, niñas y niños que han sido atendidos al pasar por esta situación.

Es importante saber que el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de las y los profesionales por emitir un parte de lesiones y pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos.

Algunos/as profesionales pudieran tener temor a las represalias del supuesto agresor, tanto por ser acusados/as de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias físicas o de otro tipo (ciberacoso, amenazas a través de medios electrónicos). Esto se observa más en profesionales de atención primaria, ya que en muchos casos es el/la misma profesional quien atiende a la mujer, niña o niño y a su agresor, lo que posibilita su identificación.

En caso necesario, existe la posibilidad de activar mecanismos de protección de testigos cuando exista un peligro grave para la persona (Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre, de protección a testigos y peritos en causas criminales) o prestar declaración mediante medios idóneos que impidan el contacto visual con el presunto agresor.

11. ANEXOS

ANEXO 1. NORMATIVA LEGAL VIGENTE.

- ***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***

Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito. 5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
5. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
6. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

- ***Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.***

Accesible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10/con>

Artículo 48. Práctica forense disponible, accesible y especializada.

1. La Administración General del Estado y las administraciones de las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán la disponibilidad del personal médico forense para asegurar que el examen y las actuaciones de interés legal se practiquen a las víctimas sin demoras y conjuntamente con el reconocimiento ginecológico o médico preceptivo y todo aquel estudio médico necesario. En todo caso, se evitará la reiteración de reconocimientos salvo que resultaren estrictamente indispensables para la investigación.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 363 y 778.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, aprobada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1982, la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias, incluidas imágenes, que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales, que

se realizará previo consentimiento informado, no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal. Las muestras biológicas y evidencias que se recojan por el centro sanitario se conservarán debidamente para su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible, al Instituto de Medicina Legal. El plazo y demás condiciones de conservación se determinará mediante protocolos científicos por los organismos competentes.

3. Se garantizará la especialización adecuada del personal del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses que intervenga en los casos de violencias sexuales con el fin de asegurar la calidad de su intervención y la no victimización secundaria, especialmente en los casos de víctimas menores de edad.

- ***Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.***

Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036>

Artículo 363.

Los Juzgados y Tribunales ordenarán la práctica de los análisis químicos únicamente en los casos en que consideren absolutamente indispensables para la necesaria investigación judicial y la recta administración de justicia. Siempre que concurren acreditadas razones que lo justifiquen, el Juez de Instrucción podrá acordar, en resolución motivada, la obtención de muestras biológicas del sospechoso que resulten indispensables para la determinación de su perfil de ADN. A tal fin, podrá decidir la práctica de aquellos actos de inspección, reconocimiento o intervención corporal que resulten adecuados a los principios de proporcionalidad y razonabilidad.

Artículo 778.

1. El informe pericial podrá ser prestado sólo por un perito cuando el Juez lo considere suficiente.
 2. En los casos de lesiones no será preciso esperar a la sanidad del lesionado cuando fuera procedente el archivo o el sobreseimiento. En cualquier otro supuesto podrá proseguirse la tramitación sin haberse alcanzado tal sanidad, si fuera posible formular escrito de acusación.
 3. El Juez podrá acordar, cuando lo considere necesario, que por el médico forense u otro perito se proceda a la obtención de muestras o vestigios cuyo análisis pudiera facilitar la mejor calificación del hecho, acreditándose en las diligencias su remisión al laboratorio correspondiente, que enviará el resultado en el plazo que se le señale.
 4. El Juez podrá acordar que no se practique la autopsia cuando por el médico forense o quien haga sus veces se dictaminen cumplidamente la causa y las circunstancias relevantes de la muerte sin necesidad de aquélla.
 5. El Juez podrá ordenar que se preste la asistencia debida a los heridos, enfermos y cualquier otra persona que con motivo u ocasión de los hechos necesite asistencia facultativa, haciendo constar, en su caso, el lugar de su tratamiento, internamiento u hospitalización.
 6. El juez podrá autorizar al médico forense que asista en su lugar al levantamiento del cadáver, adjuntándose en este caso a las actuaciones un informe que incorporará una descripción detallada de su estado, identidad y circunstancias, especialmente todas aquellas que tuviesen relación con el hecho punible.
- ***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.***

Accesible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>

- ***Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.***

Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>

- ***Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.***

Accesible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2023/03/01/pdfs/BOE-A-2023-5366.pdf>

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS Y OTRAS EVIDENCIAS POR PERSONAL FACULTATIVO SANITARIO EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Yo, _____, con DNI/NIE, _____ (si es menor de 16 años o persona con discapacidad con medidas de apoyo, añadir los datos de su persona de apoyo/representante legal⁵).

DECLARO

Que he recibido información de los aspectos relacionados con la exploración y de la finalidad de la misma.

Que he recibido información de la posibilidad de que se proceda a la recogida de muestras biológicas y otras evidencias, incluidas imágenes, que ayuden a acreditar la violencia sexual que he padecido en el caso que yo decida denunciar en un futuro y se incoen diligencias judiciales.

Que he recibido información acerca de que en este momento asistencial no es imprescindible que tome la decisión de interponer denuncia ante la autoridad policial y/o judicial, aunque sí es conveniente para iniciar la investigación cuanto antes y que la policía judicial recoja otras pruebas o vestigios.

Que, si no tomo la decisión de denunciar, ello no menoscaba mi derecho de realizarlo más adelante.

Que las muestras y evidencias serán conservadas debidamente hasta su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Que comprendo dicha información, que puedo revocar⁶ mi consentimiento para la totalidad y/o para cualquiera de las fases del reconocimiento y la toma de muestras y evidencias (*), y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas, por lo que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de:

- | | | |
|----|----|--|
| SI | NO | La exploración física, incluida la región genital y/o anal. |
| SI | NO | La extracción de muestras biológicas o fluidos corporales. |
| SI | NO | La recogida de evidencias, incluido registro fotográfico y/o videográfico. |
| SI | NO | El acceso a los datos de la Historia Clínica. |
| SI | NO | Otras (especificar): _____ |

Firma de la persona a la que se practicará la exploración (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha:

⁵ En el caso de persona con discapacidad, la figura de su representante legal, de tenerla, se ha de ajustar a lo previsto en la **Ley 8/2021** de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado; por lo general, el apoyo ha de ser asistencial, siendo excepcionalmente representativo.

⁶ Toda persona agredida tiene derecho a consentir o rechazar alguna o todas las partes del examen médico asistencial, así como alguna o todas las fases del reconocimiento y la toma de muestras y otras evidencias que deban ser recogidas por parte del centro sanitario. Para ello debe ser informada antes de su comienzo, de acuerdo a lo previsto en 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.

(*) Revocación del consentimiento

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de todas las intervenciones anteriormente citadas.

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de: _____.

Firma de la persona explorada (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha:

ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES RELATIVAS AL PROCESO DE TOMA DE MUESTRAS.

*Este Anexo se ha construido sobre la base de contenidos y condiciones establecidas en el **Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses**. Consejo Médico Forense (Comité Científico-técnico). Edición 2021*

CONDICIONES GENERALES DE LA TOMA DE MUESTRAS

- La toma de muestras para detección de posibles restos biológicos de la persona agresora debe realizarse **lo antes posible**.
- **Para la recogida y custodia se seguirán criterios de protección** por parte del personal responsable de la toma, que eviten y minimicen la posibilidad de contaminación accidental de las muestras con ADN exógeno. Para ello se adoptarán las siguientes medidas:
 - Lavado de manos del facultativo que vaya a recoger la muestra y del personal sanitario que le preste apoyo
 - Se emplearán siempre mascarilla y guantes dobles, cambiando los externos cuando se muestreen diferentes regiones anatómicas.
 - Se evitará hablar o estornudar durante la recogida y envasado de las muestras.
 - Se empleará bata u otro tipo de ropa protectora.

Si bien los mejores resultados se obtienen cuando la recogida se realiza en las **primeras 72 horas**, se recomienda que:

- La **TOMA VAGINAL** se lleve a cabo **hasta transcurridos 7-10 días** independientemente de las actividades de la persona agredida posteriores a la violencia sexual (ducharse, orinar, nadar, tener relaciones sexuales, comer o beber).
- En la **BOCA** el plazo de toma de muestras será hasta **48 horas** tras el incidente y
- En **CANAL ANO-RECTAL Y SUPERFICIE CORPORAL** hasta **72 horas**.

La recogida de las muestras debe seguir un orden con el fin de evitar contaminaciones de una zona a otra. La toma de muestras de genitales externos debe realizarse antes de la exploración digital o con espéculo. Las muestras se recogerán por orden desde la zona más exterior hacia el interior: región anal y rectal, y después vulva, vagina y cérvix.

No deben introducirse en ningún orificio hisopos con ejes de madera.

La toma de muestras se hará de manera síncrona durante el examen físico, siguiendo las indicaciones de la Orden JUS/1291/2010⁷ y de acuerdo con los datos obtenidos en la anamnesis, los hallazgos que se vayan obteniendo, y siempre con el consentimiento de la persona agredida. Estos factores determinarán las zonas

⁷ Accesible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>

corporales susceptibles de la obtención de muestras con fines médico-forenses, así como los posteriores análisis a realizar sobre estas.

Se procurará en todo momento recoger muestras de **semen, saliva, sangre, pelos u otras que pudieran estar presentes en el cuerpo y en las prendas de la persona agredida.**

FORMULARIO ESTANDARIZADO de MUESTRAS RECOGIDAS⁸

Las muestras deben ir acompañadas de un **formulario estandarizado** de recogida de datos, que debe incluir:

- **Datos de la persona agredida.** Edad, sexo (al nacimiento/registrar), relaciones sexuales previas o posteriores a los hechos, si se ha lavado tras la agresión, etc.
- **Datos de la agresión.** Lugar, fecha y hora, tipo de agresión, número de persona/s agresora/s, relación con esta/s, antecedentes de consumo de sustancias, etc.
- **Fecha y hora de toma de las muestras**
- **Relación detallada de las muestras que se recogen** y el tipo de análisis que se solicita en cada una de ellas, incluyendo la cadena de custodia.
- **Identificación de la/el profesional** que las haya recogido o supervisado.

TIPOS DE MUESTRAS QUE SE DEBEN RECOGER.

Biológicas y evidencias

La Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS), dentro de su Capítulo I sobre actuaciones fundamentales para la acreditación del delito, en su artículo 48 referido a práctica forense disponible, accesible y especializada, establece en su apartado 48.1, que la Administración General del Estado y las administraciones de las CCAA, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán la **disponibilidad del personal médico forense** para asegurar que el examen y las actuaciones de interés legal se practiquen a las víctimas sin demoras y conjuntamente con el reconocimiento ginecológico/proctológico o médico preceptivo y todo aquel estudio médico necesario.

Asimismo, en su apartado 48.2 señala que **la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias**, incluidas imágenes, que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales, que se realizará **previo consentimiento informado de la víctima, no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal.** Las muestras biológicas y evidencias que se recojan por el centro sanitario se conservarán debidamente para su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible al IMLCF. En concreto, las muestras deberán ser remitidas **dentro de las primeras 72h y no superando el plazo máximo de 7 días** desde el momento de la toma de las mismas.

⁸ Se anexa en esta GUIA de pautas básicas comunes del SNS, un formulario estandarizado para seguimiento y custodia de muestras tomadas en los servicios sanitarios, sin perjuicio de los formularios estandarizados establecidos por el Consejo Médico Forense.

BIOLOGICAS

El personal facultativo asistencial de los centros hospitalarios, previo consentimiento informado de la persona agredida, procederá a la realización de medidas profilácticas y terapéuticas, así como la realización del test de embarazo y análisis toxicológico, valorando la anticoncepción de emergencia y retrovirales, siguiendo las indicaciones de los **Protocolos de actuación sanitaria para agresiones sexuales vigentes en cada Comunidad Autónoma** y adaptados a la realidad estructural y organizativa del servicio de salud autonómico correspondiente. Todas las actuaciones sanitarias se harán dentro del marco de la toma de muestras conjunta con el personal médico-forense que se haya personado en el centro hospitalario.

EVIDENCIAS⁹

Tal como establece el Protocolo de Actuación Médico-forense ante la Violencia Sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Consejo Médico-Forense. 2021, en la recogida de datos y anamnesis de la intervención médico forense, se advertirá siempre sobre dónde y cuándo habrá contacto físico. La persona agredida debe tener la posibilidad de determinar el ritmo de la exploración y de rechazar cualquiera de sus fases, conforme a sus deseos, seguridad y bienestar que deben ser siempre respetados.

El artículo 48.2 de la LOGILS, **habilita al personal sanitario**, previo consentimiento informado de la víctima, **para la recogida** de muestras biológicas y otras evidencias en aquel **supuesto excepcional**, en el que no fuera posible la presencia del/la profesional de medicina forense en el centro hospitalario, teniendo en cuenta también los **procedimientos y acuerdos con los respectivos Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses para la toma de muestras tanto si la persona agredida decide interponer denuncia o no**.

Se procederá a recoger los siguientes tipos de muestra:

MUESTRAS PARA ESTUDIOS BIOLÓGICOS-GENÉTICOS

MUESTRAS DUBITADAS¹⁰

1. **Tomas bucales para búsqueda de semen.** Se recogerán los posibles restos de semen con dos hisopos estériles que se pasarán con cuidado y, sin frotar en exceso, por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Se introducirán en cajas de cartón específicas para hisopos o tubos específicos para ellos. Esta es la primera toma que debe realizarse, ya que en la boca los restos de semen desaparecen con cierta celeridad. Posteriormente se recogerá un enjuague bucal (que debe ser enérgico) con suero fisiológico que se depositará en un tubo o bote estéril para análisis.
2. **Superficie corporal.** Se deben buscar manchas de saliva, sangre o semen, mordeduras, sugilaciones o similares, que deben recogerse con hisopos estériles según se describe en el artículo 34, puntos 1 y 2 de la Orden JUS/1291/2010. 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

⁹ Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Consejo Médico Forense. 2021, Accesible en:

<https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/ProtocoloViolenciaSexual.pdf>

¹⁰ Las muestras dubitadas, son todas aquellas muestras biológicas de origen desconocido pendientes de identificación. Serían restos biológicos de procedencia desconocida, es decir, no se sabe a quién pertenecen (por ejemplo, las muestras recogidas en la escena del delito o de un cadáver sin identificar).

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 para evitar la sobresaturación y dilución de la muestra.

3. **Tomas anales y del margen anal.** Deben ser obtenidas limpiando con dos hisopos estériles humedecidos el margen anal, empleando otros dos hisopos humedecidos para el conducto anorrectal. No enviar heces.
4. **Peinado de vello púbico y recogida de pelos dubitados.** Mediante peinado suave para no arrancar pelos de la persona agredida, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.
5. **Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos.** Se deben obtener con dos hisopos estériles humedecidos para la región vulvar, dos hisopos secos limpiando la cavidad vaginal y dos más, secos, para el cuello uterino. La toma de los hisopos deberá realizarse de la zona exterior a la interior, primero la vulva, después la cavidad vaginal y por último el cuello uterino para no arrastrar hacia el interior los posibles restos o que estos queden adheridos al eje del hisopo y no al absorbente del mismo. Esta toma deberá realizarse antes del lavado vaginal. Los hisopos se introducirán en cajas de cartón o tubos específicos para ellos.
6. **Lavado vaginal.** Se lleva a cabo después de la toma con hisopos, para lo cual se utilizarán unos 10 ml de suero fisiológico estéril que se recogerá en un tubo o frasco de plástico.
7. **Uñas** (recortes o hisopos). Se cortará el borde superior de las uñas. Se deben enviar dos sobres pequeños, uno con las uñas de la mano derecha y otro con las de la izquierda. Si no se pueden recortar, se limpiarán con hisopos estériles.
8. **Ropas de la persona agredida en el momento de la agresión.** Deberán envolverse cada una por separado en papel, e introducirse en bolsas de papel independientes. Se aconseja recoger y enviar la ropa interior y las prendas de vestir que se consideren de interés (en caso, por ejemplo, de una posible eyaculación exterior).

MUESTRAS INDUBITADAS

1. **Hisopos bucales.** Dos hisopos bucales 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.
2. **Sangre venosa.** Se deben recoger unos 2-5 ml. en un tubo con anticoagulante tipo EDTA.
Si se requiere sangre para realizar otro tipo de análisis (serológico, toxicológico etc.), se deben recoger muestras adicionales.
3. **Otras muestras de interés forense.** Muestras de la supuesta persona agresora. En este caso es preceptivo el consentimiento informado para la introducción de su perfil genético en las bases de ADN, para lo que se recomienda el uso de los formularios elaborados al efecto por la Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN (CNUFADN).

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

En todos los casos de violencia sexual resulta indispensable la realización de una valoración psicológica preliminar atendiendo fundamentalmente al estudio de sus áreas emocional, cognitiva, conductual, fisiológica y motora, valorando también posibles signos de intoxicación que hubiesen podido determinar una situación de vulnerabilidad.

MUESTRAS PARA ESTUDIOS QUÍMICOS-TOXICOLÓGICOS

Diferentes estudios e investigaciones existentes en relación a los casos de violencia sexual, muestran como en muchos casos está involucrado el uso de sustancias psicoactivas.

Estas sustancias pueden ser administradas de forma subrepticia (sumisión química [SQ]) o bien, puede tratarse de casos en los que la violencia sexual se comete sobre personas cuyas capacidades se hallan disminuidas por el consumo voluntario de alcohol, drogas, o medicamentos (vulnerabilidad química [VQ]).

Por ello, reciben la denominación conjunta de Sumisión y/o Vulnerabilidad Química (SVQ) ya que, en cualquier caso, la respuesta tanto clínica como forense ante su sospecha debe ser siempre protocolizada y multidisciplinar¹¹. Por este motivo, se han desarrollado algunos protocolos específicos para la respuesta frente a agresiones sexuales en el contexto de sospecha de SVQ (SSVQ).

Ante la sospecha de una violencia sexual en un contexto de SSVQ, debe documentarse la sintomatología referida y su curso, incluyendo la persistencia o no de los síntomas en el momento de la exploración. La siguiente tabla incluye una lista de síntomas asociados a la SSVQ.

Es preciso documentar el consumo voluntario de alcohol, de drogas y de medicamentos, y se ha de preguntar expresamente por el uso de medicamentos sin receta y de medicamentos no psicoactivos. También es preciso documentar si se ha tomado o administrado en el servicio de urgencias medicación psicoactiva (típicamente, ansiolítica) a raíz de los hechos y antes de la toma de muestras.

Tabla. Síntomas asociados a SSVQ

1. Amnesia completa (es decir, «en bloque»).
2. Amnesia parcial (fragmentaria).
3. Parálisis sin pérdida de conocimiento.
4. Pérdida de conocimiento o «desmayo».
5. Habla pastosa.
6. Alteraciones visuales.
7. Somnolencia.
8. Confusión.
9. Resaca desproporcionada o síntomas no consistentes con el consumo recordado.
10. Desinhibición.
11. Agitación o alucinaciones (<i>delirium</i>).
12. Alteración del juicio.

¹¹ En agosto 2022, se editó el documento "Pautas básicas comunes del SNS para la actuación ante caso de agresión a mujeres por objeto punzante ("pinchazo") en contexto de ocio". Accesible en:

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicv/ggt/organizacion.htm>

También se han desarrollado Protocolos específicos forenses sobre SVQ, como el del Ministerio de Justicia o el de Cataluña.

13. Mareo o vértigo.
14. Alteraciones de la motricidad o del equilibrio.
15. Náuseas o vómitos.
16. Le han explicado que se comportaba de una manera inhabitual.

Con carácter general no se recomienda la realización de pruebas toxicológicas de rutina, estando limitada la toma de muestras a la existencia de signos de intoxicación por drogas y/o alcohol o cuando la persona agredida refiere la ingestión de sustancias o describe síntomas, como sucede en las siguientes situaciones :

- Estado de inconsciencia.
- Signos vitales anormales.
- Informes o historia de ingestión de drogas o alcohol.
- Signos de pérdida de memoria, alteraciones del juicio, confusión, somnolencia, mareos, hipotensión, entre otros.
- Discapacidad de sus habilidades motoras.
- Descripción de pérdida de conciencia, alteraciones del sensorio, deterioro de la memoria.
- Náuseas, vómitos, diarreas.
- En estos casos se tendrá en cuenta que la permanencia del tóxico en el organismo está sometida a múltiples factores relacionados con la sustancia y con la propia persona.

Se tomarán muestras de sangre, orina y pelo tal como se recoge resumidamente en el *Anexo 3.1*:

- **Sangre:** Se obtendrá en el plazo de las primeras 48 horas tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio sangre venosa periférica en dos tubos de 5 ml debidamente etiquetados, preferiblemente uno con conservante (fluoruro sódico) y oxalato potásico como anticoagulante y el otro tubo con EDTA, ácido edético. Llenos ambos, evitando dejar cámara de aire. Se conservarán y enviarán en condiciones de refrigeración al laboratorio (2–8°C).
- **Orina:** Es la muestra de elección. Se obtendrá siempre que no se superen los 5 días tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio toda la que se pueda en un frasco debidamente etiquetado. Se conservará refrigerada y en caso de que su análisis se demore (más de 24 horas) es preferible congelar.
- **Pelo:** Se realizará su toma en aquellos casos en los que la presunta agresión se haya denunciado con mucho retraso (superior cinco días) o se sospeche que el tóxico ya no pudiera estar presente en sangre y orina. La toma se realizará trascurridas 4 - 6 semanas después del suceso. Se recogerá mechón cortado de la zona occipital y lo más próximo al cuero cabelludo de un grosor de 7 mm de diámetro. Se colocará fijado sobre un trozo de papel señalando el extremo proximal a la raíz y el extremo distal. Se conservará y enviará a temperatura ambiente.

Hay que tener presente que **las primeras muestras de sangre y, muy en particular la de orina, obtenidas por el centro sanitario de referencia**, al margen de su utilidad clínica son muy relevantes desde el punto de vista toxicológico, revistiendo este hecho una gran importancia por ser susceptibles de constituir una prueba. Por ello, debe procurarse su recuperación y su puesta bajo el cuidado del médico/a forense actuante quien lo hará constar a efectos de cadena de custodia.

MUESTRAS PARA ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS

La posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) como consecuencia de la violencia sexual perpetrada por parte de la persona agresora suele ser una preocupación en las víctimas de violencia sexual.

Por este motivo, el estudio de las ITS debe abordarse a nivel asistencial conjuntamente con el examen médico-forense.

Aunque puede darse el caso de que la persona agredida hubiese contraído la ITS antes de la agresión, existen situaciones en las que estos análisis tienen trascendencia médico-legal: a modo de ejemplo, esto puede ocurrir cuando la amenaza de la transmisión o la transmisión real de una ITS se considera un elemento del delito; además, en infancia y adolescencia y también en personas adultas no sexualmente activas, un resultado inicial negativo para ITS en el momento de los hechos seguido de la aparición de una ITS puede ser usado como evidencia si la persona sospechosa también la presentaba. En todos los casos se deberá garantizar la confidencialidad en lo que se refiere a la historia de ITS de la persona agredida.

En el *Anexo 3.2* se describe detalladamente el proceso de toma de muestra y los análisis a realizar tanto en niños, niñas y adolescentes como en personas adultas.

TOMA Y USO DE FOTOGRAFÍAS Y VÍDEO

La idoneidad del registro de imágenes como método descriptivo de las lesiones resulta evidente, si bien debe tenerse siempre en cuenta que la captura de imágenes de algunas áreas corporales resulta incómoda y vergonzante.

Antes de comenzar las tomas fotográficas, debe recabarse el consentimiento por escrito, que solo se podrá solicitar una vez que la persona agredida haya sido informada acerca de cómo y por qué se tomarán las fotografías, del objeto de cada toma y de las lesiones o evidencias que se pretenden fijar. Se expondrá también que las imágenes podrían ser mostradas en un procedimiento judicial, en caso de ser requerido para ello, a través del informe médico-forense, y que incluso la parte contraria tendrá acceso a ellas. Se debe permitir que la persona decida de manera individualizada sobre cada una de las instantáneas capturadas, mostrándole la imagen una vez obtenida para recabar su conformidad respecto a su almacenamiento y posible inclusión en el informe.

Se deben adoptar medidas que impidan la identificación (cubrir el rostro, los ojos, etc.).

Las fotografías no deben ser utilizadas para interpretar hallazgos sutiles o no específicos, y no puede servir nunca para diagnosticar con fiabilidad lesiones no observadas directamente por el personal médico-forense o bien por el personal facultativo del centro sanitario en su caso.

EMPAQUETADO, CADENA DE CUSTODIA, DOCUMENTACIÓN

Cualquier muestra tomada, incluso aquellas destinadas a la investigación de infecciones de transmisión sexual (ITS), podrá ser utilizada 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 debe quedar reflejada en un **documento de cadena de custodia** que garantice la trazabilidad de estas y de los análisis que de ellas se deriven.

En el caso de las **muestras clínicas**, se recomendará que estas actuaciones queden recogidas en la Historia Clínica, como documento oficial que permitirá, en caso necesario, comprobar la trazabilidad.

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

En el momento 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, sujeto de procedencia, y número de procedimiento. Con el fin de garantizar la cadena de custodia, todos los envases irán sellados y etiquetados con fecha y hora de la toma de la muestra.
- Todos los envases deben quedar perfectamente identificados y precintados.
- Las muestras indubitadas de la persona agredida se dispondrán en paquetes o sobres diferentes de los que contendrán las muestras dubitadas para estudios genéticos.

Para evitar o minimizar la contaminación de las muestras producida 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 utilicen dispositivos de recogida con sistemas de auto secado.
- **Empaquetar en envases de papel o cajas de cartón**, evitando el plástico si no lleva incorporado un sistema de auto secado. De no estar dotado de este sistema, se procurará 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.

En los casos en que se aporten al IMLCF diferentes prendas o tipo de ropa o enseres de la persona agredida, estos elementos serán recepcionados y registrados como paso previo a su análisis o remisión al laboratorio forense en las mismas condiciones contempladas en los párrafos anteriores.

ANEXO 3.1. MUESTRAS PARA ANÁLISIS QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS.

Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Consejo Médico Forense (Comité Científico-técnico). Edición 2021.

Tipo de muestras	Número de muestras	Descripción de la recogida	Tipo de análisis
Sangre venosa	Dos tubos de 5ml	Se obtendrá en el plazo de las primeras 48 horas tras la presunta agresión. Preferiblemente uno con conservante (fluoruro sódico) y oxalato potásico como anticoagulante y el otro tubo con EDTA —ácido edético—	Detección de sustancias psicoactiva
Orina	1 frasco estéril con > 10ml de orina	Es la muestra de elección. Se obtendrá siempre que no se superen los 5 días tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio toda la posible	Detección de sustancias psicoactivas
Pelos	Mechón cortado de la zona occipital y lo más próximo al cuero cabelludo de un grosor de 7 mm de diámetro	Se realizará toma de cabello en aquellos casos en los que la presunta agresión se haya denunciado con mucho retraso (superior cinco días). La toma se realizará transcurridas 4-6 semanas después del suceso.	Investigación retrospectiva de exposición a una sustancia psicoactiva

ANEXO 3.2. MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE ITS.

Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Consejo Médico Forense (Comité Científico-técnico). Edición 2021.

Tipo de muestras	Adultos y adolescentes (mayores de 10 años)			Niños (10 años o menos)
	Número de muestras	Descripción de la recogida	Tipo de análisis	
Orina	1 frasco estéril con 5-10ml de orina	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción	Urocultivo Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>	Igual que en adolescentes
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>	Igual que en adolescentes
Úlceras OroLabiales	2 hisopos en medio Amies	Lavado previo con suero fisiológico estéril e hisopado de la base	Investigación de sífilis, VHS	Igual que en adolescentes
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. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS BUCALES (MUESTRA INDUBITADA) Y ANTES QUE EL LAVADO BUCAL	Investigación de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i>	Igual que en adolescentes
Genitales Externos (Introito, Labios, Clitoris, Himen, Fossa, Horquilla...) y Zona Perianal	2 hisopos en medio Amies	Limpiando genitales externos y recogiendo cualquier posible exudado de genitales externos. SI HAY MUCHO EXUDADO SE RECOGERÁ ANTES QUE LOS DOS HISOPOS DESTINADOS A LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA 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	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS investigación específica de sífilis, VHS, VPH	Igual que en adolescentes

Hisopos De Cérvix	2 hisopos en medio Amies	Frotando el cuello de útero previa limpieza de secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado. Si úlceras, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS Si úlceras: investigación específica de VHS y sífilis	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
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 úlceras, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS Si úlceras: investigación específica de VHS y sífilis	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
Pene Y Escroto	2 hisopos en medio Amies	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	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITSa	Igual que en adolescentes
Hisopo Uretral (Pene)	2 hisopos uretrales en medio Amies	Frotando cuidadosamente el interior de la uretra o tomando muestra del meato urinario si hay evidencia de exudado	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS	NO RECOMENDADA LA TOMA URETRAL. SUSTITUIR POR TOMA DEL MEATO
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 N. gonorrhoeae y C. trachomatis	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
Sangre Venosa	1 tubo de sangre sin anticoagulante: 5 ml	Sin anticoagulante. Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días)	Serología de sífilis, VIH, VHS hepatitis: VHA, VHB, VHCc	Igual que en adolescentes
Otras Localizaciones		Valorar presencia de Pthirus pubis en pestañas/vello púbico		Igual que en adolescentes

ANEXO 4. MODELO DE CADENA DE CUSTODIA⁸ PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y OTRAS EVIDENCIAS, SU CONSERVACIÓN Y REMISIÓN A LOS INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA:

Nombre y Apellidos: _____

Núm. De Historia Clínica (NHC)/CIPA: _____/_____

Sexo al nacimiento/registral: _____/_____

DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____

MUESTRAS RECOGIDAS:

Con fines toxicológicos

SI NO Sangre

SI NO Orina

Otras (especificar): _____

Muestras para la acreditación de violencia sexual

SI NO Hisopo bucal Nº: _____ Localización: _____

SI NO Lavado bucal

SI NO Hisopos superficie corporal Nº: _____ Localización: _____

SI NO Uñas recortes Nº: _____ Localización: _____

SI NO Uñas hisopos Nº: _____ Localización: _____

SI NO Hisopos perianales Nº: _____ Localización: _____

SI NO Hisopos rectales Nº: _____ Localización: _____

SI NO Hisopos Genitales externos Nº: _____ Localización: _____

SI NO Hisopo de cérvix Nº: _____ Localización: _____

SI NO Hisopos vaginales Nº: _____ Localización: _____

SI NO Lavado genital

Otras muestras/evidencias (especificar): _____

⁸ Los modelos estandarizados más actualizados del Consejo Médico-Forense, tanto para consentimiento de toma de muestra como cadena de custodia, se encuentran disponibles en la página web del Ministerio de Justicia.

ANEXO 4. MODELO DE CADENA DE CUSTODIA PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y OTRAS EVIDENCIAS, SU CONSERVACIÓN Y REMISIÓN A LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Modelo Cadena de custodia	Fecha	Hora	Nombre y Apellidos	Especialidad/cargo/puesto	DNI/TIP/Organismo	Firma
Extrae e identifica muestras:						
Almacena hasta el envío: Depositado en: ☐ Urgencias ☐ Servicio de Ginecología ☐ Otros: Condiciones: ☐ Nevera ☐ Congelador ☐ Temperatura ambiente						
Entregadas a transporte por: ☐ Enfermería ☐ Personal Técnico Laboratorio ☐ Otros:						
Transportadas por: ☐ Transportista ☐ Otros:						
Recibidas por: ☐ IMLCF ☐ Otros:						

ANEXO 5. MODELO DE CAMPOS COMUNES PARA PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO

Campos comunes que establece el Protocolo Común del SNS para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012.

MODELO DE PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO¹²

DATOS DE LA PERSONA AGRESORA

- ✓ Relación de parentesco/vínculo con la persona agredida (pareja - ex pareja – padre/madre – hijo/a – hermano/a – amigo/a – conocido/a – desconocido/a):
- ✓ Nombre y apellidos:
- ✓ Dirección y/o teléfono:

DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA AGREDIDA

- ✓ Nombre y Apellidos:
- ✓ DNI/NIE/PASAPORTE:
- ✓ Fecha de nacimiento, edad y sexo (al nacimiento/registrar):
- ✓ País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- ✓ Estado Civil:
- ✓ Dirección, Municipio (código postal):
- ✓ Teléfono:

OTROS DATOS RELATIVOS A LA PERSONA AGREDIDA

- ✓ Si tiene alguna discapacidad, tipo y grado:
- ✓ Si tiene hijas e hijos, cuántos y edades:
- ✓ Si tiene personas dependientes a su cargo:
- ✓ Situación de vulnerabilidad (sinhogarismo, prostitución, adicciones, u otras);

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA

- ✓ Centro Sanitario:
- ✓ Datos del/la profesional que lo emite: Nombre, apellidos y CIPA

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO

- ✓ Tipo de violencia ejercida:
- ✓ Uso de objetos en la agresión:
- ✓ Estado psicológico: (Describir los síntomas emocionales, de conducta y la actitud de la persona agredida). El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático). El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, por ejemplo: la persona agredida maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psicológico de la persona agredida.

¹² Aunque el parte de lesiones e informe médico pueden tener diferentes formatos y soportes, es necesario que recojan al menos esta información.

- ✓ Lesiones físicas que presenta: Es importante que las lesiones (cutáneas, músculo-esqueléticas, oculares, auditivas, anales, genitales, internas, etc.) se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color, localización y estado/evolución de la lesión, con lo cual se facilitará su data o posible fecha de producción. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración. Se recomienda hacer fotografías (preferiblemente en color) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la persona agredida.
- ✓ Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán las mismas.

OTROS DATOS CLÍNICOS

- ✓ Pruebas complementarias realizadas:
- ✓ Medidas terapéuticas (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.):
- ✓ Pronóstico clínico:

DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la persona agredida. Además, se recogerán:

- ✓ Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente:
- ✓ Fecha/hora de la atención:
- ✓ Origen que refiere la persona agredida acerca de las lesiones: Física, psíquica, sexual:
- ✓ Sospecha de que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la persona agredida:

ANTECEDENTES

- ✓ La persona agredida acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación):
- ✓ Agresión puntual, primera vez o reiteración de malos tratos:
- ✓ Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuándo y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal, mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc. y la evolución de las mismas.
- ✓ Otras personas que hayan sufrido malos tratos en el mismo incidente o en otras ocasiones (Si la persona agredida tiene hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas de malos tratos, esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro. Si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente)
- ✓ Testimonios de: Personas conocidas (vecindario, amistades), menores u otras personas dependientes a su cargo:

PLAN DE ACTUACIÓN

En su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido.

OTROS DATOS

- ✓ Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como, por ejemplo:
- ✓ Si se ha puesto o no en conocimiento del juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuándo.

- ✓ Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la persona agredida.
- ✓ Predisposición de la persona agredida hacia la presentación de denuncia.
- ✓ Relacionados con el personal especialista que ha intervenido en la atención sanitaria a la persona agredida

OBSERVACIONES

En este apartado se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos. Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en este apartado si la persona agredida ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo a la persona agresora, a perder la custodia de los hijos e hijas, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc.), con el objeto de ofrecer al órgano judicial al que llega el parte de lesiones, información sobre las circunstancias en las que se encuentra la persona agredida, que podrían ser de utilidad en su momento para el abordaje del caso concreto.

Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la persona agredida sufre malos tratos habituales o cualquier tipo de acoso, es importante reflejarlo también en el parte de lesiones, porque éste es otro delito distinto del de lesiones. Se reflejará también la existencia de otras amenazas de la persona agresora (verbales, anuncio de que utilizará en el futuro algún otro instrumento de agresión, etc.).

Es conveniente disponer de varios ejemplares para: la persona interesada, el juzgado, el Centro Sanitario (y/o historia clínica) y/o el registro central sanitario.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018 Jun;31(3):225-231
2. Agencia Europea de derechos Fundamentales (2014) Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Disponible en: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf
3. Antonio Andrés Pueyo, Thuy Nguyen Vo, Antònia Rayó Bauzá, et al (202) Análisis empírico integrado y estimación cuantitativa de los comportamientos sexuales violentos (no consentidos) en España. Violencia sexual en España: una síntesis estimativa. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV). Universidad de Barcelona. Disponible en: http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2022/02/2020_informe-VIOSEX_GEAV_Antonio_final.pdf
4. Aldridge RW, Historia A, Hwang SW, et al. Morbilidad y mortalidad en personas sin hogar, presos, trabajadores sexuales y personas con trastornos por uso de sustancias en países de ingresos altos: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Lancet* 2018; 391: 241 – 50
5. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994.
6. Ayres, J., Paiva, V. y Casia, M. Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud. Buenos Aires: Teseo; 2018.
7. Barreto D, Shoveller J, Braschel M, Duff P, Shannon K. The Effect of Violence and Intersecting Structural Inequities on High Rates of Food Insecurity among Marginalized Sex Workers in a Canadian Setting. *J Urban Health* (2019) 96:605–615.
8. Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2014). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1
9. Bax A, Middleton J. Healthcare for people experiencing homelessness. A public health crisis caused by political choices. *BMJ* 2019;364: 1022
10. Boletín Oficial del Estado (2007). Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural [Fecha de publicación: 14/12/2007]. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/12/13/45/con>
11. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002;359:1331-6
12. Campbell, L, Keegan, A, Cybulska, B, Forster, G. Prevalencia de problemas de salud mental y

- autolesiones deliberadas en denunciante de violencia sexual. J Clin Forensic Med 2007 ; 14; 75-8
13. Centers for Disease Control. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2015.
Disponible en <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm> . Acceso enero 2021
 14. Consejo General del Poder Judicial (CGPJ). Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. Miguel Lorente Acosta. Estudio Médico-Legal de las Sentencias por delitos contra la libertad y la indemnidad sexual. Noviembre, 2012. Disponible en:
<https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/En-Portada/Siete-de-cada-diez-casos-de-violencia-sexual-revisados-por-el-Tribunal-Supremo-en-2020-tenian-como-victimas-a-menores-de-edad->
 15. Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. J Womens Health (Larchmt). 2009 Aug;18(8):1179-85
 16. Comisión Internacional de Derechos humanos. 2015. Violencia contra personas LGBTI.
<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf> Último acceso el día 6 de septiembre de 2021
 17. Data collection on trafficking in human beings in the EU. European Union. Luxembourg, 2020.
 18. Decker M, Rouhani S, Park N, Galai N, Footer K, White R, Allen S, Sherman S. Incidence and predictors of violence from clients, intimate partners and police in a prospective US-based cohort of women in sex work. Occup Environ Med 2021; 78:160–166.
 19. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Informe de evaluación final del Plan integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual (2015-2018). Ministerio de igualdad. Madrid, 2020.
 20. Delegación del Gobierno contra la violencia de Género. IV Informe de seguimiento del Plan Integral contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual. 2018. Ministerio de Igualdad. Madrid, 2019.
 21. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2019) Macroencuesta de violencia contra la mujer.
 22. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015).
“The World’s Women 2015, Trends and Statistics”, pág. 159.
 23. Díez Sáez C., Estopiñá Ferrer G, Gancedo Baranda A. Abuso sexual infantil. En: Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil. Editorial Grupo 2, Comunicación Médica 2021

24. Dirección general de Salud Pública. Sistemas autonómicos de Vigilancia epidemiológica. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Ciencias e Innovación. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2019. Actualización 30 de junio de 2020. Datos provisionales. Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH registro Nacional de casos de SIDA. Noviembre 2020. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf Último acceso de agosto de 2021
25. Documentos Técnicos de Salud Pública. Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Madrid, 2013. Estudio cualitativo: Mujeres con VIH/sida que están sometidas a violencia de género. 2013. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017723.pdf> Último acceso 27 de agosto de 2021
26. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*. 2004;363:1415-21
27. European Union Agency for Fundamental Rights. 2020. A long way to go for LGBTI Equality. Disponible en <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results> Último acceso el día 6 de septiembre de 2021
28. Fagan, J.A., Stewart, D.K. y Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands. En D. Finkelhor, R.J. Gelles, G.T. Hotaling y M.A. Straus (Eds.), *The dark side of families: current family violence research* (pp. 49-68). Beverly Hills (CA): Sage.
29. Farley M. Prostitution and the Invisibility of Harm. *Women & Therapy* 2003; 26(3/4): 247-280.
30. Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR) (2020). Mujeres víctimas de violencia de género en el mundo rural. Ministerio de Igualdad. 2020. Recuperado de:
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/vg_mundorural.pdf
31. Fernanda F., Valenzuela, A., Cartes, R. Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2020; 85(4): 351 – 357. Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n4/0717-7526-rchog-85-04-0351.pdf> Último acceso el 07 de septiembre de 2021
32. FRA - Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Bélgica, 2014.

33. Gobierno de España. Estrategia nacional integral para personas sin hogar 2015-2020. [Internet]. 2015. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/EstrategiaPersonasSinHogar.ht>
34. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. J Fam Violence 2002; 14: 99-132.
35. Guía breve de actuación. Violencia de pareja hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid.
36. Guía Común del SNS sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico. 2022
37. Hatento. Los delitos de odio contra las personas sin hogar. Informe de investigación. RAIS Fundación. Madrid, 2015
38. <http://www.interior.gob.es/documents/10180/0/Informe+delitos+contra+la+libertad+e+indemnidad+sexual+2017.pdf/da546c6c-36c5-4854-864b-a133f31b4dde>
39. Violencia Sexual a Mujeres Inmigrantes del sector de los cuidados. 2020. Asociación Por Tí Mujer. Accesible en: <https://asociacionportimujer.org/wp-content/uploads/2020/12/Informe-Violencia-Sexual-Mujeres-Inmigrantes-Cuidados.pdf>
40. Informe sobre Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexual. 2021. Ministerio del Interior. Accesible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2021/Informe-delitos-contra-la-libertad-e-indemnidad-sexual-2021.pdf>
41. Recomendaciones en la Atención a las Mujeres Inmigrantes Víctimas de la Violencia de Género. Emakunde. 2014. Accesible en:
https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_guias/es_def/adjuntos/pub.recomendaciones.atencion.mujeres.inmigrantes.victimas.violencia.genero.cas.pdf
42. Guía de intervención social con población gitana desde la perspectiva de género. Fundación Secretariado Gitano. 2013. Accesible en:
https://www.gitanos.org/upload/80/53/Guia_Interv_Genero.pdf
43. Informe Abusos Sexuales en la Infancia Visibilizando violencias. Eraikiz Kolektiboa. 2016 Accesible en: <https://www.eraikiz.org/wp-content/uploads/2016/09/01-Informe-Abusos-Sexuales-en-la-Infancia-2016.pdf>
44. Informe Desinformación sexual Pornografía y adolescencia . 2020. Save the children Accesible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2020-11/Informe_Desinformacion_sexual-Pornografia_y_adolescencia.pdf

45. Informe sobre violencia contra la mujer 2015-2019. Ministerio del Interior. Madrid, 2019.
Accesible en: [https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/Base-de-datos-policial-de-identificadores-obtenidos-a-partir-de-ADN.-Memoria/Informe sobre -violencia -contra -la-mujer -2015-2019 126210076.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/Base-de-datos-policial-de-identificadores-obtenidos-a-partir-de-ADN.-Memoria/Informe_sobre_-violencia_-contra_-la-mujer_-2015-2019_126210076.pdf)
46. “Informe Abusos Sexuales en la infancia. Visibilizando violencias”. 2016/ EraikizKolektiboa
47. Informe Save the children Desinformación sexual Pornografía y adolescencia
48. Informe sobre violencia contra la mujer 2015-2019. Ministerio del Interior. Madrid, 2019.
49. Informe Violencia de Género 2019-2020. CISNS. Ministerio de Sanidad.
50. Instituto Nacional de Estadística: Encuesta sobre las personas sin hogar 2012. 2012;1–12.
51. Instituto Nacional de Estadística: Encuesta sobre las personas sin hogar 2012. 2012;1–12.
52. James, Lois & Brody, David & Hamilton, Zachary. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. Violence and victims. 28. 359-80. 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034.
53. Laura J. Lederer and Christopher A. Wetzel. Vol 23, 2014 Annals of Health Law.
54. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. BOE del miércoles 7 de septiembre de 2022 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
55. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. PsychosomMed. 2005;67(6):906-15. doi: 10.1097/01.psy.0000188405.54425.2
56. López G; Morán M; Fernández MR; Álvarez O; González del Río B; Villar del Campo I; Vara S. Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz del VIH y otras ITS en Centro de Salud de la Comunidad de Madrid: aprendizajes tras una década. Rev. Multidisc Sida, 2021; 9 (23):35-41.
Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/servicios-de-prevencion-y-diagnostico-precoz-del-vih-y-otras-its-en-centros-de-salud-de-la-comunidad-de-madrid-aprendizajes-tras-una-decada/> Último acceso 27 de agosto de 2021
57. Lucía Franco. Casi 2.800 personas sin hogar en Madrid, según el censo municipal. El País. Madrid, 12 de abril de 2019. Disponible en: https://elpais.com/ccaa/2019/04/12/madrid/1555060451_218787.html
58. Memoria anual de la estrategia madrileña contra la VG 2019.
59. Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual. Guía de buenas prácticas. 2018.
coord: Jorge González et al. Capítulo 17: La intervención psicológica en crisis como factor de

prevención (pp. 311-324)

60. Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2019). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer. Recuperado de:
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
61. Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Recuperado de:
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
62. Ministerio de Igualdad. Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planActuacion/estrategiasEstatales/combaterViolenciaMachista/estrategia_2022_2025.htm
63. Ministerio de Justicia. Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Secretaría General Técnica, 2018. Disponible en
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5688_d_ActuacionAtencionMenoresVictimas.pdf
64. Ministerio de Sanidad (2005-2021) Informes anuales sobre actuación sanitaria ante la violencia de género en el SNS. Disponibles en:
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvgt/informes.htm>
65. Ministerio de Sanidad (2012) Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género Comisión Contra la Violencia de Género. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvgt/pcasmgf2012.htm>
66. Ministerio de Sanidad (2015) Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
67. Ministerio de Sanidad (2022) Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/guialveFarmacologica.htm>
68. Ministerio de Sanidad. Protocolo Común de Actuación Sanitaria para la protección integral de la infancia y adolescencia frente a la violencia (2023) de la Comisión frente a la Violencia en Niños, Niñas y Adolescentes del CISNS (CoViNNA).

69. Ministerio del Interior (2018). Agresores sexuales con víctima desconocida: implicaciones para la investigación criminal. NIPO. Recuperado de:
www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/Informe+sobre+agresores+sexuales+con+victimas+desconocidas.pdf
70. Ministerio del Interior (2020). Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España. Disponible en:
<http://www.interior.gob.es/documents/642012/13622471/Informe+sobre+la+evoluci%C3%B3n+de+delitos+de+odio+en+Espa%C3%B1a+a%C3%B1o+2020.pdf/bc4738d2-ebe6-434f-9516-5d511a894cb9>
71. Ministerio del Interior (2021) *Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual*. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2021/Informe-delitos-contra-la-libertad-e-indemnidad-sexual-2021.pdf>
72. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York: Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas; 2015.
73. Organización Mundial de Salud. Krug, E.; Dahlberg, L.; Mercy, J.; Zwi, A. Lozano, R., eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra. 2002. Publicación científica y técnica nº 588.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
74. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. 2005. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>
75. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011
76. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
77. Organización Mundial de Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. 2012. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1
78. Organización Mundial de Salud. Autoridades sanitarias se comprometen a aumentar el acceso a los servicios de salud a las personas LGBT. 2013. Disponible en
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9056:2013-health-authorities-pledge-access-health-care-lgbt-people&Itemid=1926&lang=es

79. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Ginebra: OMS; 2014
80. Organización Mundial de la Salud (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.
81. Organización Mundial de la Salud (2007). Rape: How women, the community and the health sector respond. Sexual Violence Research Initiative.
82. Organización Panamericana de la Salud. 2013. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/cd5218-abordar-causas-disparidades-cuanto-al-acceso-utilizacion-servicios-salud-por> Último acceso el día 3 de septiembre de 2021
83. ONU Mujeres. Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures> . [Accedido el 21 de julio de 2021].
84. Pereda N. ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. Papeles del psicol 2016; 37 (2): 3-13
85. Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. Int J Equity Health. 2019; 18(1):101.
86. Recomendación General del Ararteko 2/2021, de 18 de mayo. Pautas de actuación en casos de abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en Euskadi. Ararteko-Defensoría del Pueblo del País Vasco
87. Rodríguez Arenas, MA. (2016). Atención a las mujeres en situaciones de crisis con enfoque de género. Violencia contra las mujeres. En: La asistencia sanitaria en crisis humanitarias. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
88. Rodríguez Arenas, MA. Factores relacionados con la salud percibida y la infección por VIH/sida en un grupo de mujeres que ejercen la prostitución en España, 2000 2001. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández. Alicante, 2007.
<https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=859323>
89. Rodríguez-Moreno, S., Panadero, S., y Vázquez, J. J. Risk of mental ill -health among homeless women in Madrid (Spain). Arch WomensMent Health. 2020;23(5):657-664.
90. Rodríguez-Moreno, S., Panadero, S., y Vázquez, J. J. Risk of mental ill -health among homeless

women in Madrid (Spain). ArchWomensMentHealth. 2020;23(5):657-664

91. Rodríguez-Moreno, S., Vázquez, J.J., Roca, P., & Panadero, S. Differences in stressful life events between men and women experiencing homelessness. Journal of Community Psychology. 2021; 49(2): 375-389.
92. Romito P, Molzan TJ, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. Soc Sci Me 2005;60:1717-27.
93. Sexual Violence. World Report on Violence and Health. Jewkes R, Sen P and Garcia-Moreno C. In: E.G. Krug et al. (Eds.). WorldHealthOrganization, 2002.
94. Stockman, JK, Lucea, MB & Campbell, JC Iniciación sexual forzada, violencia de pareja sexual íntima y riesgo de VIH en mujeres: una revisión global de la literatura. AIDS Behav 17, 832–847 (2013). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0361-4> Último acceso de 27 de agosto de 2021
95. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E; Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreatment. 2011; 16:79–101
96. Suárez Sánchez P, Rodríguez Arenas MA. Evaluación de una intervención sociosanitaria con personas sin hogar (PAPSHC). Trabajo fin de máster. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, 2017
97. The Health Consequences of Sex Trafficking and Their Implications for Identifying Victims in Healthcare Facilities
98. UN Women. Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. 2020. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures> [accedido el 21 de julio de 2021].
99. UNESCO, OMS. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia. 2018.
100. UNICEF (2017). A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents, págs. 73 y 82.
101. UNODC, Global Report on Trafficking in Persons 2018. (United Nations publication, Sales No. E.19.IV.2).
102. UNODC. Global Report on Trafficking in Persons 2018. (United Nations publication, Sales No. E.19.IV.2).
103. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused (J.A. Adams et al. / J Pediatr Adolesc Gynecol 31 (2018)
104. Vargas P. Determinantes sociales de la salud de las personas LGBT. Pediatr Panamá.

2017;46(2):145-147

105. Vázquez, J.J., Panadero, S. y Pascual, I. The Particularly Vulnerable Situation of Women Living Homeless in Madrid (Spain). The Spanish Journal of Psychology. 2019;22: E52
106. Vázquez, J.J., Panadero, S. y Pascual, I. The Particularly Vulnerable Situation of Women Living Homeless in Madrid (Spain). The Spanish Journal of Psychology. 2019;22: E52
107. Velasco C, Luna JD, Martín A, Caño A, Martín E. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014; 93(10): 1.050-8
https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf
108. Violence against women Prevalence Estimates, 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual sufrida por la mujer por alguien que no es su pareja. OMS, Ginebra, 2021.
109. Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. SAVE THE CHILDREN ESPAÑA, 2012
110. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. En: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926668516&p=%5C&pagina=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
111. Martínez Redondo P y Arostegui Santamaría E. Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_DGPNSD_Violencia_genero_abuso_susustancias.pdf [consultada 03/01/2023]
112. Meneses Falcón, Carmen (Coord.); Charro Baena, Belén; Rúa Veietes, Antonio y Uroz Olivares, Jorge (2018), La violencia de género en la pareja o la expareja de mujeres mayores de 60 años. Universidad de Comillas. Fundación Luz Casanova.
113. Diagnóstico de la violencia de género que sufren las mujeres mayores de 60 años en la ciudad de Madrid. Año 2020
114. Junta de Andalucía. Consejería de Justicia e Interior (2017), «Violencia de género hacia mujeres mayores», 25 Noticias. Espacio de conocimiento sobre violencia de género, núm. 7 noviembre 2017, pp. 1-11.

115. Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad.
116. Ley 41/2002. Accesible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>
117. Protocolo De Actuación Médico-Forense Ante La Violencia Sexual En Los Institutos De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Consejo Médico Forense. 2021, Accesible en:
<https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/ProtocoloViolenciaSexual.pdf>
118. Pautas básicas comunes del SNS para la actuación ante caso de agresión a mujeres por objeto punzante ("pinchazo") en contexto de ocio". Accesible en:
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvgt/organizacion.htm>