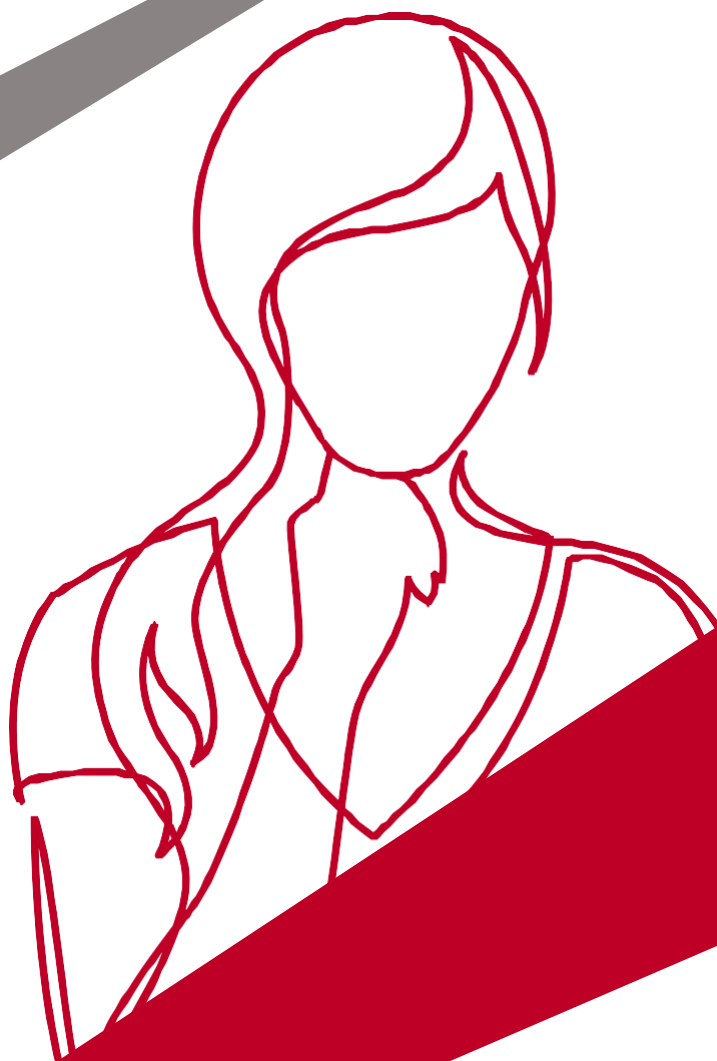


# PROTOCOLO Código VISEM

PROTOCOLO  
DE ASISTENCIA SANITARIA URGENTE Y COORDINADA  
A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL  
EN LA COMUNIDAD DE MADRID  
(versión actualizada 2023)



Comunidad  
de Madrid

La implantación del presente protocolo deja sin efecto los anteriores y los modelos de actuación para la asistencia sanitaria urgente a mujeres víctimas de agresiones sexuales que han estado vigentes en el municipio de Madrid y resto de municipios de nuestra Comunidad.

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

El Protocolo Código VISEM está accesible en la intranet de la Consejería de Sanidad, junto con otros documentos y elementos de apoyo:

<https://saludanv.salud.madrid.org/SaludPublica/PPES/Paginas/VISEM.aspx>.

**Cita recomendada:**

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid (Protocolo Código VISEM)*. Comunidad de Madrid. Madrid; 2023.



**Comunidad  
de Madrid**



**MADRID**



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



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

Edición actualizada por integrantes de la Comisión de Seguimiento de la implantación del Protocolo Código VISEM pertenecientes a la Dirección General de Salud Pública (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid).

Edición en PDF: octubre de 2023

## PERSONAS DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO CÓDIGO VISEM RESPONSABLES DE SU VERSIÓN ACTUALIZADA (por orden alfabético):

- BENEDICTO SUBIRÁ, Clara
- DE BLAS HERNANDO, Cristina
- DIEZMA CRIADO, Juan Carlos
- MARTÍNEZ BLANCO, Marisa
- PIRES ALCAIDE, Marisa

Unidad Técnica de Promoción de la Salud. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud.  
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

## NUESTRO AGRADECIMIENTO A LAS SIGUIENTES PERSONAS POR SUS APORTACIONES A ESTA VERSIÓN ACTUALIZADA DEL PROTOCOLO:

Emilio R. Donat Laporta; M<sup>a</sup> Ángeles Luna Méndez; Luciana Miguel Alhambra (IMLCF); Verónica Caravantes Figura (Magistrada juzgados de Alcobendas); Marta García Alvarado (SERMAS).

## GRUPO DE TRABAJO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DE LA PRIMERA VERSIÓN DE ESTE PROTOCOLO CÓDIGO VISEM

### COORDINACIÓN (por orden alfabético):

**ABAD REVILLA, Ángel**  
**DIEZMA CRIADO, Juan Carlos**  
**LASHERAS LOZANO, M<sup>a</sup> Luisa**  
**OJEDA FEO, José Jonay**  
**PIRES ALCAIDE, Marisa**

### GRUPO DE TRABAJO

(por orden alfabético):

#### ▪ **ABAD REVILLA, Ángel**

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

#### ▪ **ALBARRÁN HERRERA, Cristina**

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

#### ▪ **AMENGUAL PLIEGO, Miguel**

Director de Continuidad Asistencial. Hospital

Universitario La Paz. Consejería de Sanidad.

#### ▪ **CRUZ CORONADO, Sonia**

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

#### ▪ **DIEZMA CRIADO, Juan Carlos**

Servicio de Promoción de la Salud. DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

---

▪ **DONAT LAPORTA, Emilio R.**

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

---

▪ **ELVIRA RODRÍGUEZ, Beatriz**

Coordinación de las Unidades de Trabajo Social. DG de Coordinación de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad.

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

---

▪ **FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, María Amparo**

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

---

▪ **FERNÁNDEZ DE SIMÓN LORO, Lourdes**

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

---

▪ **GARCÍA-CASARRUBIOS MARCOS DE LEON, Manuela**

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

---

▪ **GARCÍA-HOZ JIMÉNEZ, Arancha**

Subdirectora General de Asistencia a las Víctimas de VG. DG de la Mujer. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

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

---

▪ **GIL LUCIANO, Ana**

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

---

▪ **GIL PORTOLÉS, Virginia**

Directora de la Fundación Aspacia.

---

▪ **GONZÁLEZ CAMACHO, Vicente Manuel**

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

---

---

▪ **JEREZ GARCÍA, Concepción**

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

---

▪ **JIMÉNEZ DÍAZ, Gregorio**

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

---

▪ **LASHERAS LOZANO, María Luisa**

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

---

▪ **LÓPEZ PALACIOS, Sonia**

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

---

▪ **MARTÍN ACERO, María Teresa**

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

---

▪ **MARTÍNEZ VIRTO, Ana María**

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

---

▪ **MENDOZA SÁNCHEZ, Carmen**

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

---

▪ **OJEDA FEO, José Jonay**

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

▪ **OLIVERA CAÑADAS, Guadalupe**

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

▪ **PERELA MORETA, María José**

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

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

▪ **PÉREZ RODRÍGUEZ, Luis**

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

▪ **PIRES ALCAIDE, Marisa**

Servicio de Promoción de la Salud. DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

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

▪ **SÁNCHEZ GAMONAL, Sara Belén**

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

▪ **SUÁREZ BUSTAMANTE, Rosa María**

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

▪ **TABOADA CASTRO, Manuel**

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

▪ **TRIGUEROS OLMEDO, Yolanda**

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

**NUESTRO AGRADECIMIENTO A LAS SIGUIENTES PERSONAS POR SUS APORTACIONES A LA PRIMERA VESIÓN DE ESTE PROTOCOLO:**

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

## Índice

I.	Introducción.....	9
II.	Violencia sexual ejercida hacia las mujeres: tipología, magnitud y efectos sobre su salud .....	9
III.	Importancia de los aspectos psicológicos y emocionales en la atención sanitaria a mujeres víctimas de violencia sexual.....	13

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

IV.	Principios rectores y directrices sanitarias .....	17
V.	Objetivos del protocolo .....	18
VI.	Población diana .....	19
VII.	Código de violencia sexual contra la mujer (Código VISEM) .....	19
VIII.	Valoración sanitaria del riesgo vital por nuevas agresiones y medidas a adoptar. ....	21

### **ATENCIÓN SANITARIA URGENTE CLÍNICA Y MÉDICO-LEGAL: ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISEM**

IX.	Intervención asistencial urgente prehospitalaria .....	24
X.	Intervención asistencial urgente hospitalaria. Activación Código VISEM .....	26
XI.	Toma de muestras y analíticas .....	38
XII.	Empaquetado y envío de muestras. Cadena de custodia .....	46
XIII.	Continuidad asistencial.....	49
XIV.	Diagramas de flujo del algoritmo de atención sanitaria a mujeres $\geq 16$ años y de activación del Código VISEM.....	50
XV.	Medidas a adoptar ante una situación de riesgo vital por nuevas agresiones, una vez finalizada la asistencia en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).....	55

### **OTRAS CUESTIONES QUE CONSIDERAR**

XVI.	Documentación a rellenar .....	57
XVII.	Aspectos éticos asistenciales .....	58
XVIII.	Marco legal y normativo.....	59

## ANEXOS

ANEXO 1.	Tipologías de violencia sexual y definiciones .....	62
ANEXO 2.	Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual (IASU).....	68
ANEXO 3.	Listado de material imprescindible para practicar el reconocimiento médico-forense y obtención de muestras biológicas en las agresiones sexuales.....	70
ANEXO 4.	Modelo de consentimiento informado para la exploración y toma de muestras y otras evidencias por personal facultativo sanitario en casos de violencia sexual.....	71
ANEXO 5.	Conservación de muestras hasta su envío al laboratorio (periodos cortos de tiempo) .....	73
ANEXO 6.	Formulario de recogida de muestras en casos de agresión sexual contra la mujer (cadena de custodia 1ª parte).....	74
ANEXO 7.	Formulario de empaquetado y envío de muestras en casos de agresión sexual contra la mujer (cadena de custodia 2ª parte).....	76
ANEXO 8.	Dibujos anatómicos para la documentación del parte de lesiones e informe clínico de mujeres que han sufrido una agresión sexual.....	77
ANEXO 9.	Documento a entregar en triaje: atención en urgencias a mujeres que han sufrido una agresión sexual.....	88
ANEXO 10.	Relación de hospitales de la Comunidad de Madrid competentes para la asistencia urgente a mujeres víctimas de agresión sexual (hospitales VISEM) .....	90
ANEXO 11.	Listado de teléfonos, sitios web y centros para recibir información y atención frente a la violencia sexual.....	91
<b>ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS.....</b>		<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>96</b>



## I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por **violencia sexual (VS)** *“Todo acto sexual, la 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 esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*. La coacción puede abarcar el uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión o amenazas (por ejemplo, daño físico o no obtener un trabajo o una calificación, etc.), así como el chantaje emocional o la manipulación.

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

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

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

### II.1. Tipología

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

**Tabla 1. Definiciones de los dos principales tipos de violencia sexual, basadas en el Código Penal.**

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

<sup>a</sup> Según el artículo 178 del Código Penal; <sup>b</sup> Según el artículo 184 del Código Penal.

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

<sup>2</sup> En el [anexo 1](#) se clarifican los **distintos tipos de violencia sexual y sus correspondientes definiciones**.



## II.2. Magnitud del problema

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

### Datos de nuestro país<sup>3</sup>

- Según la **macroencuesta sobre violencia de género realizada en 2019<sup>4</sup>**, en mujeres con 16 o más años, residentes en España:
  - El 13,7 % ha sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, por parte de cualquier persona (pareja actual, parejas pasadas o personas con las que no se ha mantenido una relación de pareja) y un 1,8 % en los últimos doce meses.
  - Asimismo, fueron violadas, en algún momento de su vida, el 7,5 % por su pareja o expareja y el 2,2 % por otros hombres sin esa vinculación.
  - El 32,1 % de las mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual por su pareja o expareja, interpusieron denuncia y solo el 11,1% lo hizo cuando sufrió violencia sexual por hombres sin relación de pareja.
- El **Ministerio del Interior**, en un informe sobre violencia contra la mujer entre 2015 y 2019<sup>5</sup>, revela que:
  - En 2019, en nuestro país, se registraron 11.525 victimizaciones de mujeres por violencia sexual, un **72,2 % más con respecto a 2015**, siendo las menores de edad las más afectadas (un 39,4 %), especialmente por abusos sexuales.
  - El siguiente grupo etario más afectado son las mujeres entre 18 y 30 años (un 33 %), sufriendo fundamentalmente agresiones sexuales.

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

- En la **encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres** realizada en la CM, entre

<sup>3</sup> Los datos que se muestran tanto para España como para la Comunidad de Madrid son anteriores a la reforma de los artículos del Código Penal que se refieren a los delitos contra la libertad sexual, por la entrada en vigor de la "Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual" (LOGILS), por lo que los abusos sexuales no están englobados dentro de las agresiones sexuales.

<sup>4</sup> Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). Ministerio de Igualdad, 2020.

<sup>5</sup> Gabinete de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad. Informe sobre violencia contra la mujer. España. 2015-2019. Ministerio del Interior.



noviembre de 2019 y enero de 2020<sup>6,7</sup> (mujeres entre 18 y 74 años residentes en la CM, que hayan tenido pareja o contacto con expareja en el último año):

- La prevalencia de violencia sexual hacia ellas fue del 1,9 % (IC95%: 0,8% - 4,5%).
  - Los comportamientos más frecuentes en casos de violencia físico-sexual fueron: empujar, agarrar o tirar a la pareja, en un 51,9 %; tirarle algún objeto, en un 34,1 % e imposición de actos sexuales que las mujeres rechazaban, en un 39,5 % de los casos. Estos comportamientos se inician desde el principio de las relaciones o de la convivencia, se continúan en el tiempo y duran más de un año.
  - El 5,9% (IC95%: 4,7% - 7,4%) admitió haber sufrido conductas de tipo sexual impuestas, antes de haber cumplido los 15 años de edad.
- De acuerdo con la **memoria de 2021 de la Fiscalía de la CM**, durante el año 2020, el número de incoaciones por delitos contra la libertad sexual fue de 2.293, con la siguiente distribución:
- 571 fueron por agresiones sexuales, 1.256 por abusos sexuales, 63 por violaciones, 78 por acoso sexual y el resto se debieron a otras modalidades de violencia sexual.
- En la ya mencionada **macroencuesta sobre violencia de género realizada en 2019, en la CM**:
- El 13,8 % (IC95%: 11,37 % - 16,3 %) de las mujeres con 16 o más años ha sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida, por parte de su pareja o expareja y un 8,9 % (IC95%: 6,91 % - 10,92 %) lo ha sufrido por otros hombres sin esa vinculación.
- El 7,7 % de las chicas escolarizadas en 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) afirmaron haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja o expareja durante 2020 al responder la **encuesta de hábitos de salud en la población juvenil de la CM de 2020**<sup>8</sup>.
- **Datos del Ministerio del Interior**<sup>9</sup> revelan que **durante 2022** se registraron, en nuestra región, 2.467 delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, frente a los 2.179 correspondientes a 2021, lo que supone un aumento del 13,22 %.
- Durante el año **2022**, en el **Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual de la Comunidad de Madrid (CIMASCAM)** se atendió a 978 mujeres. La demanda de las que asistieron al centro por primera vez durante ese año fue:
- En un 62% de los casos, por violencia sexual sufrida durante la infancia/adolescencia y en un 38%, sufrida en edad adulta.
  - En el 95.2% de los casos el agresor fue un familiar o persona conocida y solo en

<sup>6</sup> Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estudio Descriptivo de Prevalencia. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. N° 5. Volumen 26. Septiembre-octubre 2021.

<sup>7</sup> Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. N° 7. Volumen 28. Julio 2023.

<sup>8</sup> Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2020. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2020. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, n.º 3. Volumen 27. Mayo-junio 2022.

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



el 4,8% fueron agresores desconocidos.

Este centro ha atendido, desde su apertura en 2009 hasta finales del año 2022, a 3.020 mujeres víctimas de violencia sexual.

### Sumisión Química (SQ)

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

## II.3. Consecuencias para la salud de las mujeres

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

Tabla 2. Cuadro clínico que puede presentarse en la urgencia hospitalaria en mujeres que han sufrido AS.

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

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

ÁREAS DE LA SALUD	CUADRO CLÍNICO A MEDIO/LARGO PLAZO DE LA AGRESIÓN SEXUAL EN MUJERES
SEXUAL	Cambios en el deseo sexual (hipersexuación, pérdida o disminución del deseo), anorgasmia, menstruaciones irregulares, dolorosas, síndrome premenstrual, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones y hemorragias vaginales y urinarias de repetición, cáncer de cérvix, embarazos no deseados, carencia de autonomía sexual.
REPRODUCTIVA	Anemia, abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, depresión postparto, lesiones fetales y mayor mortalidad perinatal, inicio tardío de la atención prenatal.
FÍSICA	Dolores de cabeza, espalda, de articulaciones, musculares, de abdomen, cansancio acusado, problemas gastrointestinales, pérdida de apetito, hipertensión, bronquitis crónica, úlcera gástrica, dolores crónicos, alergias, discapacidades o incluso la muerte por asesinato o suicidio.

ÁREAS DE LA SALUD	CUADRO CLÍNICO A MEDIO/LARGO PLAZO DE LA AGRESIÓN SEXUAL EN MUJERES
PSICOLÓGICA	<p>Disminución significativa de la autoestima y de la confianza en sí misma. Emociones persistentes de culpa, vergüenza, asco, miedo, rabia e impotencia, tristeza y desesperanza. Ansiedad, estrés, síntomas depresivos y fobias.</p> <p>Trastorno de estrés postraumático, trastornos de la alimentación, dificultades para dormir, disminución de la concentración, pérdida de memoria, irritabilidad, estado de alerta constante, abuso de sustancias (alcohol, drogas o medicamentos), autolesiones, ideas de suicidio e ideación autolítica. Aislamiento social (desconfianza en los demás y desconexión social). Evitación de estímulos relacionados con la violencia sufrida y dificultad para narrar determinados aspectos de lo ocurrido. Síntomas disociativos: significativa distancia emocional tras la violencia sufrida.</p>
SOCIAL	<p>Estigmatización, rechazo y aislamiento social, pérdida del trabajo y de oportunidades laborales.</p>

### III. IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES EN LA ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

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

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

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

Esta heterogeneidad hay que tenerla siempre presente a la hora de prestar asistencia a las mujeres violentadas sexualmente. En la **tabla 4** se exponen todos estos aspectos vinculados a las posibles reacciones emocionales de estas mujeres y lo que se debe y no se debe hacer cuando se presentan.



**Tabla 4. Aspectos psicológicos y emocionales que considerar en la atención a mujeres víctimas de VS.**

Aspectos por considerar	Buenas prácticas	Evitar
<p><b>RELATO</b> Puede tener dificultades para narrar lo ocurrido. Su discurso puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carente o desbordado de emoción.</li> <li>• Desordenado u ordenado.</li> <li>• Contradictorio o coherente.</li> <li>• Convencido o impregnado de dudas.</li> <li>• Con lagunas o detallado.</li> <li>• Monosilábico o verborreico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir un relato espontáneo, con preguntas abiertas: «¿Me puede contar que le ha ocurrido?»</li> <li>• Respetar sus tiempos.</li> <li>• Tener una actitud de escucha desde la valoración positiva de sus emociones: ej.: «Entiendo que le sea difícil poner palabras, contar lo ocurrido»; «Entiendo que se sienta así, tómese su tiempo».</li> <li>• Registrar el relato en la historia clínica tal como lo refiere la mujer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones, gestos o acciones de impaciencia (ejemplo, mirar al reloj).</li> <li>• Ayudarle a poner palabras, inducir respuestas o interrumpirle con preguntas para que su relato sea más rápido y/u ordenado.</li> <li>• Pedirle aclaraciones o detalles no necesarios para la intervención médica.</li> </ul>
<p><b>CULPA Y MIEDO A NO SER CREIDA</b> La mayor parte de las mujeres víctimas van a sentir miedo a que se les cuestione, se les culpe o no se crea lo que están desvelando. Además, tras un evento traumático de estas características, la culpa está presente como mecanismo de defensa que permite a la mujer tener la fantasía de control: «si yo he hecho algo para que esto ocurra y lo identifico, no me va a volver a pasar».</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creer en su palabra, sin culpabilizar, evitando la victimización.</li> <li>• Escuchar desde el interés, expresando de forma clara que la mujer no es responsable de lo sucedido: «el único responsable/ culpable es el agresor», «no hay nada que provoque o justifique una agresión».</li> <li>• Manifestar de forma expresa que no ponemos en duda su relato y que no la vamos a juzgar (si la mujer nos transmite sus miedos a que no la creamos o a que la juzguemos).</li> <li>• Valorar positivamente que esté contando lo sucedido con frases tipo «estás siendo muy valiente».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emitir juicios de valor o pedir explicaciones sobre la forma de actuar de la mujer: «¿Por qué no te defendiste?, ¿Por qué no pediste ayuda?», «Ibas borracha / drogada, ¿Seguro que le dijiste que no?»</li> <li>• Cuestionar sus reacciones emocionales: ¿Cómo es posible que estés así?, ¿Cómo es posible que no recuerdes eso?</li> </ul>
<p><b>SENTIMIENTO DE INDEFENSIÓN E HIPERVIGILANCIA</b> La violencia sexual ha sido ejercida por otro ser humano y en la mayor parte de los casos, por personas conocidas. Durante la agresión se han sentido indefensas y han podido ver amenazada su integridad física y emocional o su vida. Todo esto genera un estado de alerta constante, por lo que es probable que se manifieste con desconfianza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser conscientes de que la mujer está en un estado de alerta, de que tiene miedo y puede sentir desconfianza hacia los profesionales que la atienden o hacia profesionales varones.</li> <li>• Comprender y normalizar sus dificultades para ser explorada o para revelar y/o denunciar lo sucedido, entendiendo que es una reacción que no tiene que ver con un cuestionamiento de nuestra profesionalidad o nuestras intenciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimizar o quitar importancia a sus miedos, ponerse a la defensiva.</li> <li>• Forzar a la mujer a que acceda a la exploración o a que conteste a preguntas y/o denuncie cuando no se siente preparada.</li> <li>• Manifestar enfado o impaciencia por su desconfianza.</li> </ul>
<p><b>VERGÜENZA</b> Muchas mujeres van a sentir vergüenza al contar lo sucedido. Pueden tener un sentimiento de inadecuación por lo ocurrido. Además, la agresión ha atacado a una esfera de su intimidad, la sexualidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser conscientes de que la mujer está relatando algo que puede avergonzarle, por sentirse culpable y/o por tener que ver con lo sexual. Verbalizarlo para que se sienta comprendida.</li> <li>• Tolerar los silencios en su relato.</li> <li>• Respetar el espacio interpersonal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quitar importancia al sentimiento de vergüenza, minimizarlo o transmitirle a la mujer que no debe sentirse así.</li> <li>• Tocar a la mujer sin su permiso con el objeto de calmarla.</li> </ul>





Aspectos por considerar	Buenas prácticas	Evitar
<p><b>ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO</b></p> <p>La violencia sufrida va a generar una alteración en el estado emocional: desde el embotamiento o bloqueo emocional hasta la crisis de ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entender que un bloqueo emocional (aparente paralización, embotamiento emocional o respuesta de shock y/o sentimiento de desapego, ausencia de contacto visual, sin perturbación evidente, no respuesta a las preguntas, etc.) es una respuesta defensiva y efectiva ante un hecho traumático desbordante.</li> <li>• Permitir desbordamientos emocionales (explosiones de ira, angustia intensa, gritos o llanto incontrolable, así como crisis de ansiedad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desbordamientos emocionales propios (rabia, enfado, angustia)</li> <li>• Presionar para que se calme o interrumpir la expresión espontánea de emociones de rabia, impotencia y frustración con frases tipo «no se ponga así», «tiene que tranquilizarse».</li> </ul>
<p><b>SENSACIÓN DE INCREDELIDAD Y ESTADOS DISOCIATIVOS</b></p> <p>Ante un hecho inasumible o intolerable se produce un desbordamiento emocional que puede conllevar un distanciamiento de la realidad a distintos niveles: desde la incredulidad hasta reacciones disociativas. En caso extremo, puede haber una desconexión total entre lo físico y lo emocional. Son mecanismos de defensa normales ante una situación anormal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar como una consecuencia de la violencia sufrida, sintomatología de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despersonalización, que puede expresarse de distintas formas, por ejemplo: «es como si le hubiera pasado a otra persona», «no sentí nada durante la agresión», «fue como si no estuviera allí», «lo veía desde fuera».</li> <li>- Desrealización: que puede expresarse de distintas formas, por ejemplo: «es como si viera una película de lo ocurrido», «no me parece real»</li> <li>- Amnesia disociativa: que puede llevar al no recuerdo de aspectos o momentos de la situación.</li> </ul> </li> <li>• Anotar estas expresiones del relato de la mujer, ya que son síntomas que reflejan el impacto de la violencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionar «¿cómo no te vas a acordar?»</li> <li>• Restar importancia a los hechos por la aparente falta de reacción emocional.</li> <li>• Interpretar esta sintomatología como propia de un trastorno mental grave.</li> </ul>

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





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



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

## IV. PRINCIPIOS RECTORES Y DIRECTRICES SANITARIAS

### IV.1. Principios Rectores

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

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

### IV.2. Directrices Sanitarias

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

- **La atención sanitaria urgente** a los casos de agresión sexual debe facilitarse en todos los hospitales competentes para dar dicha atención.
- El **Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)**<sup>10</sup> debe ser el lugar donde se **centralice la atención** urgente e integral (sanitaria, médico-legal, policial y social).
- Se debe preservar el **derecho de la mujer víctima a interponer (o no) la denuncia** correspondiente, sin que ello suponga un obstáculo para su atención en el SUH.
- Debe realizarse la **toma de muestras médico-forenses** siempre que la mujer lo quiera.
- La **confidencialidad** de la información conocida en virtud del ejercicio profesional y la

---

<sup>10</sup> Esta denominación engloba tanto al Sº de Urgencias general como al de Obstetricia y Ginecología, al de Pediatría o a cualquier otro implicado en la atención urgente hospitalaria a las agresiones sexuales en mujeres, en función de la estructura y organización interna de cada hospital.

**protección** de la mujer víctima, deben estar garantizadas.

- El **consentimiento informado** de la mujer, cuando esté capacitada para ello, debe presidir cualquier intervención sanitaria<sup>11</sup>.
- Se debe asegurar la **continuidad asistencial**, una vez finalizada la atención sanitaria urgente hospitalaria.

## V. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

### V.1. General

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

### V.2. Específicos

- **Establecer pautas** comunes de asistencia interdepartamental urgente y coordinada (sanitaria, policial, judicial y social).
- **Evitar** intervenciones iatrogénicas y **prevenir la “victimización secundaria”**<sup>13</sup>.
- **Impulsar la cooperación de todos los actores necesarios**, ordenando la atención asistencial en el SUH de los equipos de urgencias ginecológicas, urológicas, cirugía, pediatría, médico forense y Servicio de Psiquiatría/Salud Mental.
- **Atender a las cuestiones éticas y médico-legales** derivadas de la asistencia, incluyendo la recogida, custodia y entrega de pruebas.
- **Garantizar en todo momento la seguridad** de la mujer y de las personas a su cargo, valorando el riesgo vital por nuevas agresiones y adoptando las medidas pertinentes.
- **Proporcionar atención psicosocial** por parte de los recursos especializados de atención en violencia sexual existentes.
- **Asegurar el seguimiento y continuidad asistencial**, tras la asistencia urgente hospitalaria.
- **Mejorar el conocimiento de las agresiones sexuales e identificar áreas de mejora** mediante el registro/detección y análisis de casos.

---

<sup>11</sup> El tipo de consentimiento requerido (verbal o por escrito) se ajustará a lo contemplado en el artículo 8 de la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.

<sup>12</sup> En el transcurso de 10 días como máximo, dependiendo del tipo de agresión sufrida (ver [tabla 5](#)).

<sup>13</sup> Problema recogido tanto en el “Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011”, como en la “Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual”.



## VI. POBLACIÓN DIANA

Mujeres de 16 o más años<sup>14</sup> que hayan sido víctimas de agresión sexual reciente, en el ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid y requieran atención integral urgente<sup>15</sup>.

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

La demanda asistencial de una mujer víctima de AS puede surgir tanto en el medio extrahospitalario (un domicilio, comisaría de policía, en la calle, en un centro de salud, etc.) como en urgencias hospitalarias. Sea cual sea la vía de contacto, la mujer deberá ser finalmente atendida en un **Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de referencia para la atención a mujeres víctimas de agresión sexual**, es decir, en un **hospital VISEM** ([anexo 10](#)):

- Con urgencias de ginecología y psiquiatría, 24 horas, todos los días<sup>16</sup>.
- Donde esté garantizada la seguridad y privacidad.
- Que disponga de material imprescindible para practicar el reconocimiento médico-forense y obtención de muestras biológicas (ver [anexo 3](#)).

Una mujer que ha sufrido un episodio de este tipo, necesita una actuación **urgente** (que evite más sufrimiento), **integral** (que contemple todos los aspectos relacionados con la AS) y **coordinada** (que ordene de forma eficiente las actuaciones de todos los actores intervinientes en su atención), **lo que hace necesaria la existencia de un código sanitario específico** que, una vez activado, **movilice y organice a los diferentes dispositivos implicados** (servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, FCSE<sup>17</sup>, órganos judiciales y recursos psicosociales) y aporte criterios de estandarización del procedimiento a seguir. Se crea, por tanto, un nuevo código hospitalario, **de aplicación en todo el territorio de la Comunidad de Madrid, el Código VISEM**.

### VII.1. Criterios de activación del Código VISEM

Ante la **evidencia o sospecha** de un posible caso de AS, se procederá a solicitar la

---

<sup>14</sup> **Mujeres tanto “cis” como “trans”**, en virtud de la “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”. (**Mujeres “cis”**: mujeres con concordancia entre su identidad de género y el asignado por los demás, según su sexo biológico de nacimiento; **Mujeres “trans”**: mujeres con discordancia entre su identidad de género y el asignado por los demás, según su sexo biológico de nacimiento, que tengan acreditada la rectificación de la mención registral del sexo o que puedan acreditar que estén en dicho proceso).

<sup>15</sup> **En los casos en que la persona agresora sea una mujer o que la víctima sea una mujer “trans” sin que pueda acreditar esta condición, un hombre o una persona menor de 16 años, este protocolo no se aplicará** y, por tanto, no se activará el Código VISEM, pero se llevará a cabo la atención sanitaria y forense que se precisen conforme a los protocolos específicos existentes y normativa vigente.

<sup>16</sup> Existen tres hospitales que no cumplen con el requisito de tener servicio de psiquiatría, pero han sido incorporados a la red hospitalaria VISEM por ser recursos preexistentes al venir prestando asistencia a estas mujeres. (ver [anexo 10](#)).

<sup>17</sup> Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: Policía Nacional y Guardia Civil.



activación del Código VISEM, siempre y cuando se cumplan los requisitos de la [tabla 5](#).

**Tabla 5. Requisitos que se deben cumplir para la activación del Código VISEM.**

REQUISITOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISEM	
Mujer $\geq$ 16 años.	
Que haya sufrido una agresión sexual.	
Tiempo transcurrido desde que aconteció el episodio <sup>18</sup> :	$\leq$ 10 días / 240 h en los casos de existencia de coito vaginal. $\leq$ 3 días / 72 h en el resto de las agresiones sexuales.
Que haya inicialmente consentimiento para la activación del código.	

En el caso de que la mujer no quiera su activación, recibirá atención sanitaria urgente fuera de este código.

### ¿Quién debe activar el Código VISEM?

Será el **TRIAJE del SUH que recepcione a la mujer que ha sufrido VS** de los hospitales designados para la atención sanitaria a las mujeres víctimas de AS, quien active el Código VISEM.

## VII.2. Referente hospitalario del Protocolo Código VISEM

La persona que ostente la **presidencia de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia** será, por defecto, la referente e interlocutora para el seguimiento y coordinación del Protocolo Código VISEM en su hospital, salvo que su gerencia designe a otra persona para este cometido. Sus funciones serán las siguientes:

- Garantizar el reporte, a la Comisión de Seguimiento del Protocolo, de los datos sobre la activación del Código VISEM (al menos, el número de veces que se ha activado) y todas aquellas incidencias y problemas que hayan podido surgir, según la frecuencia establecida.
- Asimismo, asesorará y facilitará la organización y difusión de las actividades de formación, así como de cualquier información relevante y de materiales relacionados con el Código VISEM.
- Funciones de coordinación intrahospitalaria con los diferentes servicios implicados.
- Asistencia a las convocatorias de la Comisión de Seguimiento VISEM.

<sup>18</sup> Los periodos de tiempo establecidos obedecen a los **periodos de toma de muestras** para que estas tengan valor para detectar indicios que ayuden al esclarecimiento de los hechos (ver [tabla 8](#)), si bien, en el caso de existencia de coito vaginal, la efectividad de las muestras recogidas cae ostensiblemente a partir de los primeros 7 días. Estos límites temporales están recogidos en el "Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses" (Ministerio de Justicia, 2021), y en la "Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la Actuación Sanitaria ante Violencia Sexual" (Ministerio de Sanidad, 2023).

## VIII. VALORACIÓN SANITARIA DEL RIESGO VITAL POR NUEVAS AGRESIONES Y MEDIDAS A ADOPTAR

En toda mujer atendida por agresión sexual debe valorarse si existe riesgo de sufrir nuevas agresiones<sup>19</sup> que puedan poner en peligro su vida o integridad física y/o la de personas de su entorno o dependientes de ella (hijos, hijas, familiares...), así como la presencia de ideación suicida, **con independencia de si se activa o no el Código VISEM.**

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

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

### VIII.1. Medidas a adoptar si existe riesgo vital<sup>20</sup>

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

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

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

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

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

- Se valorará la activación del **protocolo de protección del centro**<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Esta valoración de riesgo es independiente a la que hacen las FCSE según su protocolo VioGén (*Protocolo de Actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de Coordinación con los Órganos Judiciales para la protección de las víctimas de violencia doméstica y de género*).

<sup>20</sup> Este apartado se completa con lo expuesto en el [apartado XV](#) (Medidas a adoptar ante una situación de riesgo vital por nuevas agresiones, una vez finalizada la asistencia en el SUH).

<sup>21</sup> Este protocolo debe ser activado en el caso de que la mujer refiera o se conozca por otra vía la **existencia de orden judicial de protección para la mujer o de alejamiento para el agresor o esté comprometida su seguridad**.



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





ATENCIÓN SANITARIA  
URGENTE CLÍNICA Y  
MÉDICO-LEGAL: ACTIVACIÓN  
DEL CÓDIGO VISEM

## IX. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL URGENTE PREHOSPITALARIA

### IX.1. Intervención del Centro de Emergencias 112 (CE-112) y 061 (ver algoritmo de la figura 4)

Una vez realizada la recepción, registro y derivación telefónica al personal sanitario de la demanda asistencial y filiación de la mujer, **los profesionales encargados de atender las urgencias y emergencias extrahospitalarias en la CM<sup>22</sup>** procederán a la **evaluación clínica, la valoración sanitaria del riesgo vital** por nuevas agresiones<sup>23</sup> y la **existencia de ideación suicida, y darán preaviso al SUH** que corresponda, de la sospecha de un caso de AS, para que se active el **Código VISEM**, previa comprobación del cumplimiento de los criterios descritos en la [tabla 5](#), lo que comporta las siguientes actuaciones:

- **Asignación del recurso sanitario *ad hoc*** (Unidad de Atención Médica Domiciliaria, Vehículo de Intervención Rápida, Unidad de Soporte Vital Avanzado, ambulancia...) **para valoración inicial (atención sanitaria prehospitalaria) y traslado urgente al SUH.**
- Si fuera necesario y autorizado por el jefe de guardia, **envío de psicólogo de emergencias (PsycoSUMMA / SAMUR).**
- **Comunicación a las FCSE (Cuerpo Nacional de Policía / Guardia Civil)** de la existencia de un hecho constitutivo de un delito, para que proceda según sus protocolos de aseguramiento de zona y si procede, recogida de vestigios, así como para el inicio de las actuaciones de investigación. La mujer puede manifestar que no desea entrevistarse con las unidades de Policía Judicial, lo que se tendrá que respetar.
- **Comunicación telefónica con el SUH** donde va a ser trasladada la mujer<sup>24</sup> para realizar las siguientes tareas:
  - **Gestión de la admisión y triaje.**
  - **Contacto directo con el equipo de guardia que corresponda** del hospital receptor, aportándole la información clínico-asistencial relevante. Preaviso de llegada.

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

- Se debe habilitar, en lo posible, un espacio que garantice la **protección, intimidad y confidencialidad de la mujer** durante la atención sanitaria recibida.

<sup>22</sup> SUMMA 112 / SAMUR-Protección Civil, según corresponda.

<sup>23</sup> Ver [apartado VIII.1 \(Medidas a adoptar si existe riesgo vital\)](#). Esta valoración de riesgo es independiente a la que hacen las FCSE según su protocolo VioGén.

<sup>24</sup> **Todas las demandas de atención sanitaria por AS** recepcionadas en el CE-112 o el 061 serán derivadas **EXCLUSIVAMENTE a hospitales VISEM** (ver [anexo 10](#)).





## IX.2. Atención sanitaria prehospitalaria en el lugar donde se encuentre la mujer agredida (ver algoritmo de la figura 4)

- Ha de ser **rápida**, sin pérdida de tiempo.
- **Se debe proporcionar información inicial básica**, incluyendo la necesidad del traslado, comentando en todo momento lo que se está haciendo y **recabando el consentimiento verbal explícito**, con testigo.
- El personal que preste atención a la mujer deberá utilizar guantes de un solo uso.
- Hay que realizar una **valoración ABCDE<sup>25</sup> inicial de Soporte Vital** que permita establecer un orden de prioridad en las medidas a tomar. En el SUH se hará la valoración definitiva y el resto de las actuaciones sanitarias.
- La comunicación por parte de los profesionales deberá ser objetiva, sin juicios de valor ni cuestionamiento del relato, dando apoyo y seguridad, **garantizando la confidencialidad**, utilizando un lenguaje sencillo, adecuado a la edad, cultura y circunstancias, asegurándose que se entiende lo que se le dice, **no forzando a la mujer a responder si no lo desea**.
- Valorar el **estado psicológico y de conciencia**, reflejando por escrito las palabras textuales de la mujer, su apariencia y comportamiento (no significativo, confuso, desorientado...) y si las hubiera, sus sensaciones de suciedad y/o asco manifestadas u observadas (ver [tabla 4](#)).
- Avisar a los familiares y/o personas de apoyo **que la mujer indique, ofreciendo la posibilidad de contactar con el Centro de Crisis 24 h contra la violencia sexual (un derecho de la mujer según el actual marco legal)<sup>26</sup>** para que pueda recibir información, orientación y asesoramiento, siempre que su situación clínica lo permita y sin que ello suponga una demora innecesaria en su traslado al SUH.
- Asegurarse de que la mujer esté **acompañada en todo momento**. Durante la atención sanitaria estarán presentes, como mínimo, **dos personas del equipo asistencial**, siendo preferible que al menos una de ellas sea una mujer.

## IX.3. Medidas medicolegales

La recogida de muestras se realizará siempre, salvo excepciones debidamente justificadas, en el hospital VISEM donde se atienda a la mujer (ver [apartado XI](#)).

Una de esas excepciones puede ser la toma de **muestras tiempo-dependientes** como, por ejemplo, las muestras de orina o sangre cuando hay sospecha de sumisión química. En esos casos, hay que dejar constancia de lo realizado en los formularios de cadena de custodia de muestras (ver [anexos 6 y 7](#)) y serán las **FCSE quienes se encarguen de su custodia**.

- **Hay que evitar alterar el lugar de los hechos (primario o secundario)<sup>27</sup> y la**

<sup>25</sup> El sistema ABCDE de valoración inicial de un/una paciente proviene de las siglas de las siguientes palabras inglesas: *airway, breathing, circulation, disability* y *exposure* (evaluación de la vía aérea, la respiración y la circulación, el déficit neurológico y la exposición).

<sup>26</sup> Art. 33 de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS).

<sup>27</sup> En criminalística se denomina lugar de los hechos **primario**, al sitio o espacio donde se ha producido un delito y donde

**manipulación** de potenciales pruebas. Si no es posible por necesidad inexcusable justificada, deberá quedar documentada la alteración que se haya realizado.

- **No desvestir ni lavar a la mujer, ni realizar exploraciones de la zona genital o anal**, salvo que fuera estrictamente necesario para proceder a su estabilización. En tal caso, tanto las muestras como la ropa, recogidas en el lugar o durante el traslado al hospital, deben **ser entregadas a las FCSE para su custodia**. En ausencia de estas, la custodia la realizará el personal sanitario hasta su llegada al SUH.
- Para la recogida y custodia se seguirán **criterios de asepsia**, por parte del personal responsable de la toma, que eviten y minimicen la posibilidad de contaminación de las muestras con ácido desoxirribonucleico (ADN) exógeno procedente de dicho personal (ver [apartado XI.2](#)).
- Si la mujer tiene intención de asearse antes de su traslado al SUH (ducha, lavado, cambio de ropa, limpieza o enjuague de la boca), **se le debe explicar la importancia de la preservación de las pruebas con el fin de hacerla desistir**. Por la misma razón, hay que indicarle que, en la medida de lo posible, evite orinar, defecar, comer y fumar. Si ya lo hubiera hecho, se reflejará en el informe clínico asistencial, cuantificando el número de veces que lo ha realizado después del acto de AS.
- **En caso de haber existido una penetración por vía bucal**, es muy importante evitar la toma de líquidos o alimentos, así como fumar, antes del reconocimiento en el hospital. Si a pesar de haber explicado a la mujer por qué es importante no beber ni comer, etc., no se la hubiera podido disuadir, se hará una toma bucal con un hisopo estéril en seco (2 muestras), siguiendo las recomendaciones de la [tabla 10](#) para muestras dubitadas.
- Preguntar si ha ingerido o cree que le hayan podido suministrar, en los momentos previos o después del acto de VS, **algún tipo de droga o medicamento** (prescrito o no). Valorar también los síntomas o sensaciones que presenta y por las que considera que ha podido ser sometida químicamente.

#### IX.4. Traslado al SUH

El traslado ha de hacerse sin demora, en transporte sanitario activado por el SUMMA-112/SAMUR-PC o bien en medios propios, si la mujer insiste en ello, en condiciones de seguridad y constatando que la mujer ha entendido las recomendaciones y pautas que se le han facilitado, siempre y cuando su situación clínica lo permita. En todos los casos sería conveniente que fuera **acompañada** por un familiar, persona de apoyo o por las FCSE, siempre con su aprobación.

## X. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL URGENTE HOSPITALARIA: ACTIVACIÓN CÓDIGO VISEM (ver [algoritmo de la figura 5](#))

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

---

podemos encontrar evidencias; y **secundario**, donde se van a encontrar indicios y/o evidencias del delito cometido en otro lugar.



## X.1. Acogida de la mujer

### ➤ A la llegada al hospital (SUH):

Tanto si acude directamente o si es trasladada por recursos extrahospitalarios (SUMMA-112/SAMUR-PC; FCSE), se necesita **filiar a la paciente en el servicio de admisión de urgencias**. Se recomienda **extremar la confidencialidad de la ubicación de la mujer**, especialmente en los casos que se sepa que exista riesgo de nuevas agresiones o el presunto agresor sea conocedor de que se está produciendo esta atención.

### ➤ En el triaje:

Una vez expresado por la mujer (o por quien la acompañe, en el caso de que ella no pueda hacerlo) que ha sufrido una agresión sexual, se le realizarán únicamente las **preguntas imprescindibles** para el manejo clínico y la activación del Código VISEM. Las acciones fundamentales a realizar son:

- **Valoración sanitaria del riesgo vital por nuevas agresiones**, de no haberse hecho antes de la llegada SUH y activación de las medidas a adoptar en los casos indicados<sup>28</sup>.
- **Dar información básica, por escrito**, sobre el procedimiento a seguir con la aplicación del protocolo ([anexo 9](#))<sup>29</sup>.
- **Activación del Código VISEM** previa verificación del cumplimiento de los criterios de la [tabla 5](#).
- **Dar aviso al Centro de Crisis 24 h** contra la violencia sexual que corresponda, salvo que ya se hubiera hecho por haber sido atendida en medio extrahospitalario, para que la mujer reciba información, asesoramiento y soporte emocional durante su estancia en el hospital, si su estado clínico/emocional lo permite y si se tiene su consentimiento<sup>30</sup>.

Preguntar si desea que se llame a algún familiar en el caso de que la mujer no pueda hacerlo y no venga acompañada. **Para mujeres de 16 y 17 años**, en general, será el facultativo que la atiende quien se ponga en contacto con el familiar que la menor indique, con preferencia a la madre, al padre o tutor, teniendo en cuenta las diferentes situaciones que se muestran en la [tabla 6](#).

### ➤ Después del triaje:

- Hay que **minimizar los tiempos de espera y asegurar un ambiente de privacidad y confidencialidad**, trasladando a la mujer a una estancia separada de la sala de espera general, **sin dejarla sola**, permitiéndose que alguien de su confianza la acompañe o que

---

<sup>28</sup> Ver [apartado VIII.1 \(Medidas a adoptar si existe riesgo vital\)](#). Esta valoración de riesgo es independiente a la que hacen las FCSE según su protocolo VioGén.

<sup>29</sup> La información que contiene este anexo también se puede descargar en el espacio VISEM de la intranet de la Consejería de Sanidad (<https://saludanv.salud.madrid.org/SaludPublica/PPES/Paginas/VISEM.aspx>). Este documento está traducido en varios idiomas (inglés, francés, rumano, árabe y chino), y también editado en Lectura Fácil, atendiendo a lo estipulado en el artículo 34 de la LOGILS sobre el "Derecho a la información".

<sup>30</sup> Tanto el Centro de Crisis 24 h contra la violencia sexual de la Comunidad de Madrid como el del Ayuntamiento de Madrid (Centro Pilar Estébanez), cuentan con un equipo especializado, de carácter multidisciplinar, integrado por profesionales del ámbito social, psicológico y jurídico, además de soporte administrativo y servicio de mediación intercultural (para más información, ver [anexo 11](#)).

algún profesional pueda estar presente durante la espera.

- Si llega acompañada por personas de apoyo o familiares que, **por deseo expreso de la mujer**, van a estar presentes durante la toma de muestras, **se les debe facilitar mascarillas** y explicarles el motivo de su uso (evitar la alteración de posibles pruebas).
- Sería deseable que la acogida la realice **una profesional**.
- Hay que realizar **valoración ABCDE inicial de Soporte Vital** para establecer la prioridad en las medidas a tomar, aunque ya se haya hecho en el ámbito extrahospitalario.

Tabla 6. Indicaciones para llamar a los padres en AS a menores de edad (16-17 años)

LLAMADA A LOS PADRES EN MENORES DE EDAD (16-17 años) INDICACIONES DE CÓMO ACTUAR <sup>31</sup>	
El padre o tutor es el supuesto agresor.	No se avisa al padre o tutor y se notifica el caso a Fiscalía de Menores y a las FCSE.
La menor se opone a que se llame a sus padres o tutores y se considera que su consentimiento es válido.	No se avisa al padre o tutor. Comunicación a la Fiscalía de Menores.
La menor se opone a que se llame a sus padres o tutores y se considera que su consentimiento NO es válido <sup>32</sup> .	Se avisa a Fiscalía de Menores y a los padres o tutores.

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

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

### X.3. Información sobre la denuncia y la toma de muestras. Aviso a la Policía Judicial

La mujer **deberá ser informada de su derecho a formular la correspondiente denuncia en ese momento o más adelante** y también de **que puede no hacerlo**<sup>33</sup>. Hay que advertir que, al tratarse de un delito semipúblico, si ella no pone la denuncia, no se iniciará el procedimiento judicial ni se investigará de oficio el delito, salvo que lo ordene un juez.

- En los casos de **mujeres de 16 y 17 años**, al considerarse el delito como público y por lo estipulado en la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección

<sup>31</sup> De acuerdo con lo estipulado 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” y la “Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia”.

<sup>32</sup> Por darse alguna de las circunstancias limitantes contempladas en el punto 3 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

<sup>33</sup> Según el art. 5 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. Se le comunicará que, si interpone la denuncia, iniciado dicho procedimiento, este no se podrá detener.



Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid<sup>34</sup>, **el personal sanitario pondrá en conocimiento de los hechos a la Fiscalía de Protección de Menores y la Policía Judicial<sup>35</sup>, así como al Juzgado de Guardia**, si bien, para incoar procedimiento deberá comparecer la persona representante legal de la menor o el Ministerio Fiscal actuar de oficio en representación de ésta<sup>36</sup>.

La información proporcionada debe incluir dónde y hasta cuándo se puede formular la denuncia<sup>37</sup>.

Una vez informada y si la mujer lo desea, **desde la urgencia del hospital se debe avisar a la policía judicial** para que se persone en el menor tiempo posible y se realice la entrevista con ella según sus protocolos. **En ningún caso la policía podrá estar presente durante la exploración clínica y médico-legal.**

Asimismo, **se debe aportar información sobre la toma de muestras**, en los términos que establece la LOGILS en el sentido de su independencia con relación a la interposición de la denuncia<sup>38</sup>. A pesar de que la toma de muestras cobra sentido si hay voluntad de denunciar, es posible que la mujer manifieste su no intención de hacerlo pero que consienta en que se le tomen muestras. Hay que tener en cuenta que esta aparente contradicción se puede explicar por la muy probable alteración de su estado emocional, tras haber sufrido una agresión sexual. **Hay que dejar clara a la mujer agredida la importancia de realizar la toma de muestras** pues, si ahora no quiere denunciar, cabe la posibilidad de que, pasado el tiempo, cambie de opinión (ver apartado XI.2).

#### **X.4. Aviso al Juzgado de Guardia. Envío del IASU**

El personal facultativo de urgencias deberá **ratificar la pertinencia de la activación del Código VISEM** y acto seguido, elaborará el **Informe de Asistencia Sanitaria Urgente por presunta agresión sexual** (en adelante, **IASU**) que enviará, lo antes posible, al Juzgado de Guardia que corresponda (**avisado previamente por vía telefónica<sup>39</sup>**), por medios telemáticos que preserven la protección de datos personales, dando conocimiento de los hechos acontecidos y de la voluntad y situación de la mujer con relación a la denuncia y a la toma de muestras médico-forenses (**anexo 2**). **En los municipios distintos del de Madrid, durante el horario no presencial del Juzgado de Guardia, además del envío del IASU, se notificará la AS a las FCSE** que actuarán según sus protocolos<sup>40</sup>.

<sup>34</sup> Artículos 36.2, 132.j y 133.a.

<sup>35</sup> UFAM, Unidades de Atención a la Familia y Mujer (Policía Nacional); EMUME, Equipo Mujer-Menor (Guardia Civil). Cabe la posibilidad de que estas unidades/equipos de la Policía Judicial sean activados por el juzgado de guardia, una vez informado de los hechos.

<sup>36</sup> La denuncia también puede interponerla el Ministerio Fiscal en casos de una mujer "...con discapacidad necesitada de especial protección o una persona desvalida" (art. 191 del Código Penal). En estos casos, estas mujeres con diversidad funcional **deberán contar con las medidas de apoyo que permitan su autonomía en la toma de decisiones**, de acuerdo a lo estipulado 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.

<sup>37</sup> **Los delitos sexuales prescriben entre los 5 y 15 años**, dependiendo de su tipología (art. 178, 179 y 180 de la LOGILS), si bien esto no significa que el tiempo de conservación de las muestras médico-forenses sea el mismo. Los Centros de Crisis 24 h cuentan con asesoría jurídica para resolver este tipo de cuestiones.

<sup>38</sup> Artículo 48.2.

<sup>39</sup> Es recomendable que en esa comunicación telefónica **se indique el lugar donde se encuentra la mujer**, especialmente en aquellos hospitales donde están físicamente separadas las urgencias generales de las de ginecología, para facilitar el adecuado desplazamiento del médico forense.

<sup>40</sup> En el municipio de Madrid, cuando el agresor es la pareja o expareja, entre las 9:00 h y las 21:00 h la denuncia y el

El IASU posibilita la presencia urgente, en el hospital, del médico forense y la toma de muestras de interés médico-legal, **sin necesidad de que exista denuncia previa**. Este documento también se tramitará, aunque ya se hubiera notificado al juzgado de guardia la existencia del caso por parte de las FCSE. El IASU se cumplimentará por el médico del SUH responsable de la atención sanitaria de la mujer que ha sufrido la AS **siempre que se active el Código VISEM**.

Con independencia del IASU, **el personal sanitario tiene la obligación de emitir el parte de lesiones**, una vez terminada la exploración clínica y médico-legal<sup>41</sup>.

#### **X.5. Indicaciones sobre cómo proceder a la llegada de la mujer al SUH y su estancia previa al comienzo de la exploración clínica y médico-forense**

En la tabla 7 se destacan las cuestiones más relevantes a la hora de acoger a una mujer que ha sufrido una agresión sexual.

**Tabla 7. Aspectos importantes a tener en cuenta en la acogida y estancia en urgencias de una mujer víctima de agresión sexual.**

ACOGIDA	BUENAS PRÁCTICAS	A EVITAR
<b>Garantizar un ambiente de privacidad.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar una sala adecuada que asegure la confidencialidad del relato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interrupciones por llamadas telefónicas o de otros profesionales.</li> <li>Despachos o salas diáfanas.</li> <li>Lugares cercanos a salas de espera desde donde se pueda escuchar lo que se dice en el interior.</li> </ul>
<b>Nunca dejar sola a la mujer. Ofrecer la posibilidad de atención o presencia de una profesional mujer, si esto es posible.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a la mujer sobre esta posibilidad.</li> <li>Respetar su elección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criticar su deseo o necesidad. Defender la profesionalidad de los hombres que le están atendiendo.</li> </ul>
<b>Ofrecer la posibilidad de estar acompañada por un familiar o persona de apoyo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respetar su voluntad tanto si desea estar acompañada como si no.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insistir en la conveniencia de que un familiar o persona de apoyo la acompañe, pues puede provocar que calle aspectos importantes de la agresión sexual por vergüenza o culpa.</li> </ul>
<b>Informar de la existencia del Centro de Crisis 24 h y la posibilidad de contactar telefónicamente de forma inmediata.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer a la mujer llamar con ella al Centro, para ser informada directamente, teniendo siempre presente su situación clínica.</li> <li>Respetar su decisión sobre si contactar o no hacerlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subestimar el apoyo que pueda ofrecer el Centro de Crisis.</li> </ul>
<b>Informar, verbalmente y por escrito (anexo 9), sobre los procedimientos y solicitarle su consentimiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar con palabras sencillas y frases claras sobre los procedimientos que se van a realizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar que es mejor para ella «no saber».</li> <li>Eludir preguntas o responder de forma poco clara.</li> <li>Dar por bueno un consentimiento no informado.</li> </ul>

IASU se remiten a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y el resto del horario es asumido por el Juzgado de Guardia de Instrucción.

<sup>41</sup> Cada hospital utilizará su modelo de parte de lesiones.





ACOGIDA	BUENAS PRÁCTICAS	A EVITAR
<p>Informar, verbalmente y por escrito (<a href="#">anexo 9</a>), sobre las implicaciones de interponer o no una denuncia y sobre la recogida de muestras médico-legales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar de forma clara y objetiva sobre la denuncia y la toma de muestras y sus implicaciones en el proceso médico-legal.</li> <li>• Respetar su decisión.</li> <li>• Expresar claramente que no sabemos la respuesta sobre otras cuestiones jurídicas, cuando sea pertinente, pues no es nuestra especialidad (por ejemplo, sobre el procedimiento judicial).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decir a la mujer lo que debe hacer o lo que es mejor para ella con frases tipo «lo mejor es denunciar», «tienes que denunciar» o «¿cómo no vas a denunciar?».</li> <li>• Prometer cosas de las que no tenemos certeza para tranquilizar a la mujer, por ejemplo: «ya verás cómo le pillan» o «si le denuncias, él va a ir a la cárcel y tú vas a estar a salvo».</li> </ul>
<p>Evitar que tenga que repetir lo ocurrido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar el relato y todos los datos en la historia clínica.</li> <li>• Permitir repetir el relato de lo ocurrido si la mujer así lo desea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar por detalles no necesarios para la intervención médica.</li> </ul>
<p>Elaborar y enviar el IASU de forma urgente (<a href="#">anexo 2</a>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer las preguntas pertinentes, en un ambiente de privacidad, utilizando un lenguaje lo más claro y sencillo posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No completar adecuadamente el IASU.</li> <li>• Hacer preguntas cuando no sea necesario.</li> </ul>

## X.6. Indicaciones iniciales para la atención médica integral hospitalaria

Una vez:

- Activado el Código VISEM.
- Realizada la valoración del caso por el personal facultativo y demás profesionales asistenciales y sociales hospitalarios que intervengan en el proceso.
- Contactado el Centro de Crisis 24 h contra la violencia sexual que corresponda, previo consentimiento de la mujer.
- Informada la mujer sobre sus derechos con relación a la interposición de una denuncia<sup>42</sup> y sobre la toma de muestras.
- Avisado el Juzgado de Guardia por vía telefónica y enviado el IASU.
- Producida la presencia del médico forense en el SUH por orden del Juzgado de Guardia, a tenor de lo reflejado en el IASU.

En el SUH deberán producirse dos procesos paralelos y complementarios, realizados **en un solo acto** para evitar la victimización secundaria de la mujer<sup>43</sup>:

- **La intervención clínica**, detallada en el **informe clínico-asistencial**.
- **La médico-forense**, reflejada en el **informe médico-forense**.

Asimismo, el facultativo de urgencias que realice el reconocimiento y el médico forense, una vez finalizada la exploración, elaborarán conjuntamente el **parte de lesiones** que ha de ser leído a la mujer, si su situación clínica lo permite, y remitido al juzgado de guardia.

### Entrevista clínica. Consentimiento informado

Se debe emplear el tiempo necesario para la **entrevista clínica**, en una estancia que

<sup>42</sup> La denuncia puede haberse producido en las dependencias policiales, si la mujer acudió primero a una comisaría o puesto de la guardia civil (ver [algoritmo de la figura 6](#)).

<sup>43</sup> En consonancia con el artículo 48.1 de la LOGILS.



garantice la privacidad, con un clima lo más tranquilo y relajado posible, observando las características ya comentadas en el [apartado IX.2](#), con relación a la comunicación y actitud profesional. Si la mujer lo desea, durante la entrevista puede estar acompañada por una persona que ella elija.

Antes de iniciar cualquier procedimiento médico, es esencial **obtener el consentimiento informado explícito** de la mujer, para cada uno de ellos. Por tanto, el personal facultativo deberá explicarle, despacio y cuidadosamente, qué procedimientos se llevarán a cabo y atender a las cuestiones que ella plantee. Es importante evaluar su estado emocional y nivel de conciencia, y asegurarse de que está entendiendo la situación y **en condiciones de tomar decisiones sobre su propio proceso<sup>44</sup>, especialmente en los casos de sospecha de sumisión química.**

**Este consentimiento deberá constar en la historia clínica o en el informe clínico correspondiente**, junto a la negativa a la realización de determinadas maniobras (si tal hecho ocurriese) y podrá ser revocado en cualquier momento. Se debe informar a la mujer que su revocación puede resultar desfavorable para el procedimiento judicial.

**Normalmente será verbal salvo para la recogida de muestras** (ver [anexo 4](#)) y siempre acorde con lo dispuesto en el artículo 8 de la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.

## X.7. Historia clínica: indicaciones para la anamnesis

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

### Anamnesis

- La anamnesis tiene que ir **orientada a la posterior exploración y recogida de muestras**.
- Antes de indagar acerca de lo sucedido, hay que tratar de crear un clima de seguridad, confianza y vínculo con la mujer.
- En todo momento hay que cuidar el lenguaje corporal y escuchar el relato sin hacer inferencias y anotarlo como tal, reseñándose textualmente las expresiones utilizadas a la hora de describir lo sucedido.
- **Registrar los datos descriptivos** del acto de AS (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual y número de agresores, sospecha o certeza de uso de sustancias tóxicas,

<sup>44</sup> En los casos en los que la mujer no esté capacitada para dar su consentimiento o que este no sea válido por su estado o condición de salud, será la autoridad judicial quien decida si se procede al reconocimiento y a la toma de muestras, en su caso, siempre que se haya cumplido lo establecido en el título XI de 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”.



uso de preservativo, etc.)<sup>45</sup> y los **actos realizados** después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.)<sup>46</sup>.

- **Registrar**, asimismo, **si existen lesiones asociadas** o cualquier otra, aunque la mujer no pueda identificarlas como relacionadas con la agresión sexual sufrida pero que pudieran deberse a ella (si ha estado inconsciente o en un estado que no la haya permitido percatarse de cómo se llevó a cabo la agresión).
- **Valorar el nivel de conciencia y estado emocional de la mujer.**

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

- De enfermedades, intervenciones, medicaciones.
- Ginecológicos: menarquía, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación.
- De consumo asociado de alcohol y otras drogas<sup>47</sup>.
- Sobre relaciones sexuales previas y posteriores a la AS, en los últimos 10 días, y método anticonceptivo utilizado.
- De violencia, si los hubiera.
- Sobre posibles situaciones de vulnerabilidad a la VS: discapacidad, migración, situación administrativa irregular, exclusión residencial, indicios de sufrir o haber sufrido trata con fines de explotación sexual (ver [tabla 16 en anexo 1](#)).

## **X.8. Historia clínica: indicaciones para la exploración física y psicológica, y para la toma de muestras**

La exploración debe ajustarse a la situación de la mujer y estar siempre antecedida por una explicación de los pasos a seguir y su finalidad.

**Si la mujer lo solicita**, puede permanecer acompañada por una persona de su confianza. En todo momento **debe estar presente un sanitario, preferiblemente mujer**. Así mismo, debe tener la posibilidad de determinar el ritmo de la exploración y de rechazar cualquiera de sus fases, lo que tiene que ser respetado.

El examen se realizará en un lugar **privado** y, a ser posible, **con puerta de acceso y pestillo**, en condiciones que **minimicen el riesgo de contaminación de las muestras obtenidas, con ADN exógeno**, procedente de los profesionales responsables del mismo.

Se procurará recoger muestras de semen, saliva, sangre, pelos u otras que pudieran estar presentes en el cuerpo y prendas de la mujer agredida. Cualquier muestra tomada, incluso aquellas destinadas a la investigación de infecciones de transmisión sexual, podrán ser utilizadas posteriormente en análisis genéticos con fines de investigación criminal o los análisis derivados de las mismas podrán ser considerados como pruebas judiciales. Por este motivo, la toma de dichas muestras, incluidas las clínicas, debe quedar reflejada en los **formularios de cadena de custodia** que garanticen la trazabilidad

<sup>45</sup> Estos datos descriptivos deben servir para rellenar el IASU y evitar repetir preguntas.

<sup>46</sup> En casos de violencia de pareja, las manifestaciones que realice la víctima en sede médica serán tenidas en cuenta como «*notitia criminis*» para abrir diligencias contra el presunto autor o autores y servirán como prueba de los hechos investigados.

<sup>47</sup> Este tipo de antecedente es especialmente importante en el caso de que haya habido sumisión química. Para evitar una interpretación errónea de la finalidad de esta pregunta, conviene aclarar que no juzgamos el consumo voluntario, sino que queremos saber si ha podido ingerir alguna sustancia psicoactiva sin su conocimiento/consentimiento o si ha podido haber un contexto de sumisión química oportunista (ver [anexo 1](#)).

de estas y de los análisis que de ellas se deriven ([anexos 6 y 7](#)).

El **examen físico** será lo más detallado posible, identificando la localización de las lesiones, su gravedad, estadio y todos aquellos datos que puedan ser de interés. De cara a un posible proceso judicial, **es muy importante que haya plena coincidencia entre lo registrado por el clínico y por el forense**.

Constará de las siguientes actuaciones:

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

Hay que ir anotando y describiendo detalladamente cualquier lesión o la ausencia de ella y buscando restos del lugar en que haya estado, adheridos a la piel. La exploración por el equipo ginecológico de guardia<sup>48</sup> podría seguir los siguientes pasos:

#### Exploración de zonas extragenitales

- Revisar la zona craneofacial, prestando atención a los globos oculares, la boca y las mandíbulas. En caso de penetración bucal debe hacerse una toma bucal antes de que se enjuague o ingiera líquidos o alimentos (ver [tablas 10 y 12](#)).
- Observar pabellones auriculares y oídos.
- Palpar con suavidad el cuero cabelludo en busca de lesiones o pelo arrancado.
- Analizar la zona del cuello, examinar hombros y tórax (anterior y posterior) comenzando por la espalda. Hay que prestar especial atención a las mamas. En caso de marcas de mordeduras y/o sugilaciones, debe hacerse una toma de muestra para

<sup>48</sup> En mujeres “trans” no operadas para reasignación de sexo, es posible que se requiera la presencia de un cirujano (y, a veces, de un urólogo). Además, en algunos hospitales, en función de su organización interna, en mujeres de 16 y 17 años la exploración ginecológica se hará en colaboración con pediatría.

- recoger posibles restos de saliva (ver [tabla 10](#)).
- Explorar las axilas.
  - Inspeccionar la zona de los brazos y antebrazos en busca de heridas o abrasiones. Examinar cuidadosamente las caras internas de los brazos.
  - Continuar por las manos y muñecas, recortando las uñas y guardándolas en envases diferentes, según a qué mano pertenecen (ver [tabla 10](#)).
  - Estudio del abdomen y región glútea con la mujer acostada. Inspeccionar la zona de las nalgas (ver siguiente apartado).
  - Observar miembros inferiores por la cara interna y externa, poniendo especial atención en rodillas, tobillos y plantas de los pies.

### Exploración g<sup>en</sup>ito-anal

Antes de proceder a la realización de maniobras manuales, se debe efectuar la toma de las muestras biológicas externas (ver [tablas 10 y 12](#)), no debiéndose emplear «esponjas».

Los pasos a seguir son los siguientes:

- Revisar zona externa de nalgas, muslos y monte de venus, labios mayores, menores, clítoris, himen o remanentes himeneales y perineo. Revisión del pene y del glande en mujeres “trans” con genitales masculinos. Realizar peinado del vello púbico en busca de pelo del agresor, antes de realizar cualquier exploración interna.
- Si hay restos de sangre, semen, saliva u otros restos biológicos, deben recogerse con el material adecuado.
- Con un espéculo pueden examinarse las paredes vaginales en busca de lesiones y de restos de semen.
- Para realizar la exploración de la cavidad anal, la mujer debe tumbarse sobre un lado de su cuerpo. Debe hacerse una exploración del recto si existen sospechas de penetración anal (por ejemplo, que tenga dolor o sensaciones anormales).
- Posteriormente deben registrarse las heridas, hematomas y/o contusiones halladas, consignando en su caso su no existencia. En este último supuesto, puede que haya dolor a la palpación, lo que también habrá que reflejar.

### Exploración neurológica

- Explorar pupilas, motilidad, reflejos, fuerza y sensibilidad.

### Final de la exploración física, ginecológica<sup>49</sup> y neurológica, y de la toma de muestras.

Una vez finalizadas las diferentes exploraciones y realizada la toma de muestras, **la mujer podrá asearse**. Deberá haber una zona “post-reconocimiento” en donde pueda descansar y se le pueda proporcionar ropa, comida, etc.

<sup>49</sup> Urológica y de cirugía en mujeres “trans” no operadas de reasignación de sexo.

## Valoración psicológica

En todos los casos se realizará la valoración del estado psicológico por parte de los profesionales intervinientes en la exploración general<sup>50</sup>. Se evaluará el estado cognitivo, conductual y emocional, explorando las áreas mnésica, psicomotriz y del lenguaje, atendiendo a los criterios establecidos en las [tablas 2, 3 y 4](#) de este protocolo.

Si a criterio del profesional que atiende a la mujer se precisa valoración por un psiquiatra o si ella lo demanda, se realizará interconsulta en el Servicio de Urgencias con Psiquiatría de Guardia. En todo caso, **se considera necesario avisar a Psiquiatría cuando se dé:**

- Ideación autolítica.
- Alteraciones conductuales graves o marcada desregulación emocional.
- Descompensación en mujeres con alteraciones psicopatológicas previas.

Es muy importante que en la historia clínica y el parte de lesiones quede reflejado todo lo acontecido, dentro de la valoración integral del estado de salud de la mujer.

Como complemento a la atención psicológica/psiquiátrica urgente y dado que el haber sufrido un hecho tan traumático como es una AS va a dificultar una correcta valoración de su estado psicológico, a la mujer se le ofrecerán otros **recursos asistenciales** tales como los centros de crisis o centros ambulatorios, para que acuda a ellos después de haber sido atendida en urgencias ([anexo 11](#)).

## En general

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

**Hay que registrar todas las actuaciones y hallazgos durante la exploración.** Es conveniente ayudarse de un mapa del cuerpo para indicar la localización y tamaño de las lesiones (ver [anexo 8](#)). El médico forense, el facultativo a cargo de la toma de muestras o la policía judicial podrán fotografiar las lesiones, si la mujer presta el consentimiento explícito para ello (ver [apartado XI.7](#)).

## X.9. Indicaciones para el tratamiento de lesiones, las diferentes profilaxis y la sospecha de sumisión química

### Tratamiento de las lesiones físicas

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

<sup>50</sup> En algunos hospitales, en función de su organización interna, en mujeres de 16 y 17 años la exploración psicológica se hará en colaboración con pediatría.

### Profilaxis de embarazo<sup>51</sup>

Cuando la agresión sexual sufrida pueda implicar un embarazo, lo primero es hacer un test de embarazo. En el caso en que la mujer esté embarazada o utilice adecuadamente un método anticonceptivo eficaz, no será necesaria esta profilaxis. De no ser así y siempre con consentimiento previo, si desde la agresión han transcurrido:

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

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

### Profilaxis de infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>52</sup>

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

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

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

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

Tanto la IGHb como la vacuna deben administrarse en las primeras 24 horas. La

<sup>51</sup> Para llevar a cabo esta profilaxis de forma eficaz, en el SUH deberá haber los medios utilizados para tal fin.

<sup>52</sup> Se deberá seguir las recomendaciones del «Documento de consenso sobre Profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (última actualización)», de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida y varias sociedades científicas. Accesible en:

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/informacion/home.htm>

eficacia de la IGHB se pierde pasados 7 días.

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

### Profilaxis antitetánica

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

### Sospecha de sumisión química

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

Se tiene que documentar la sintomatología referida ([tabla 15 del anexo 1](#)) y su curso, incluyendo la persistencia (o no) de los síntomas en el momento de la exploración. De igual manera, hay que proceder con el consumo voluntario de alcohol, drogas y de medicamentos, debiéndose preguntar expresamente por el uso de medicamentos sin receta y de medicamentos psicoactivos.

## XI. TOMA DE MUESTRAS Y ANALÍTICAS

### XI.1. Indicaciones generales

- **La toma de muestras con finalidad médico-forense tiene prioridad sobre la obtención de muestras clínicas**, debiéndose realizar lo antes posible (ver tabla 8) y **siempre con el previo consentimiento informado por escrito de la paciente** ([anexo 4](#)).

Tabla 8. Tiempos límite para la recogida de muestras con valor médico-legal.

TIPO DE MUESTRAS	PERIODOS LÍMITE PARA LA TOMA
VAGINALES	10 días, independientemente de las actividades realizadas por la mujer durante ese tiempo.
BUCALES	48 horas.
CANAL ANORRECTAL, SUPERFICIE CORPORAL Y PENETRACIÓN DIGITAL	72 horas

- **El médico forense será quien se encargue de tomar dichas muestras**, excepto cuando no se desplace al SUH (ver siguiente apartado) y en aquellos casos en los que pueda ser realizada por el ginecólogo<sup>53</sup> **en el curso de su exploración clínica** (sangre periférica, hisopado vaginal/rectal y lavado vaginal), siempre estando presente el médico forense.

<sup>53</sup> Urólogo/Cirujano para el caso de las mujeres “trans” no operadas de reasignación de sexo.





- Las muestras que se recojan estarán supeditadas a los datos obtenidos en la anamnesis y a los hallazgos que se vayan obteniendo durante la exploración.
- La toma de muestras biológicas y otras evidencias, incluidas imágenes, **no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal.**
- La toma de muestras de genitales externos debe realizarse antes de la exploración digital o con espéculo. **Las muestras se recogerán desde la zona más exterior hacia la más interior:** región anal y rectal, y después vulva, vagina y cérvix (exterior del pene y glándula para mujeres “trans” no operadas de reasignación de sexo).

## XI.2. Indicaciones para la recogida de muestras por el facultativo de urgencias

En las situaciones en las que el médico forense **no vaya a personarse en el hospital** (no se desplace, por no ser activado por el juzgado de guardia o por cualquier otra circunstancia), las muestras de interés médico-legal serán recogidas **por el facultativo del SUH que corresponda, en el transcurso de su exploración clínica<sup>54</sup> y remitidas, lo antes posible, al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), garantizando la cadena de custodia<sup>55</sup>, circunstancia que deberá quedar específicamente reflejada en el parte de lesiones (el envío de muestras al IMLCF)** para conocimiento del juzgado de guardia. Posteriormente, el IMLCF enviará las muestras al laboratorio que el juez indique, cuando se inicie el proceso penal, si ello ocurre.

El facultativo que tome las muestras deberá estar familiarizado con los procedimientos a seguir, incluidas las recomendaciones generales para su envío, los criterios de preservación de la cadena de custodia y las medidas anticontaminación con ADN exógeno. Para ello, además de seguir las indicaciones expuestas en las tablas 9, 10, 11, 12 y 13, se adoptarán las siguientes medidas:

- Lavado de manos de los intervinientes.
- Siempre se empleará mascarilla y guantes dobles, cambiando los externos cuando se exploren 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.

### Importancia de la toma de muestras con finalidad médico-forense

La toma de muestras con finalidad médico-forense debe ser uno de los objetivos a conseguir en la atención y asistencia sanitarias a una mujer que ha sufrido una AS, siempre con su consentimiento, pues es la mejor forma de confirmar el tipo de agresión sufrida y de preservar su derecho a que se identifique a su agresor o agresores, si decide denunciar lo sucedido (en el momento de ser atendida o más adelante), además de ser un mandato legal (art. 48.2 de la LOGILS). Es por ello que esta función debe ser asumida en los SUH de los hospitales VISEM en aquellas circunstancias (excepcionales) en que no pueda ser realizada por un médico forense.

<sup>54</sup> Este proceder también se podrá llevar a cabo **excepcionalmente** cuando, a criterio clínico, las circunstancias de la mujer (tipo de agresión sufrida, estado psicológico, etc.) **aconsejen su atención sanitaria integral lo antes posible** y el desplazamiento del médico forense **no pueda realizarse con la premura necesaria.**

<sup>55</sup> Art. 48.2 de la LOGILS. Ver [anexos 6 y 7](#) de este protocolo.



### XI.3. Toma de muestras biológicas con fines de identificación genética

Estos análisis van dirigidos a la detección de indicios biológicos (semen, saliva o sangre) cuya presencia y posterior análisis de individualización genética podrían indicar su pertenencia a posibles agresores.

Las muestras biológicas para la identificación genética solo podrán analizarse en los laboratorios acreditados por la CNUFADN<sup>56</sup> con sede en la Comunidad de Madrid<sup>57</sup>. **Corresponderá al juez instructor de la causa, la decisión de a cuál de estos tres laboratorios se envían estas muestras para su estudio.**

Para la recogida de este tipo de muestras, se debe tener en cuenta tanto los datos aportados por la víctima como los hallazgos observados durante la exploración física.

En las tablas 9 y 10 se muestran el procedimiento y las indicaciones que hay que seguir para la correcta toma de muestras indubitadas y dubitadas<sup>58</sup>.

Tabla 9. Recogida de muestras indubitadas con fines de identificación genética.

MUESTRAS INDUBITADAS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA		
TIPO DE MUESTRAS	N.º DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
<b>SANGRE VENOSA</b>	2 ml de <b>SANGRE</b> en tubo con anticoagulante EDTA.	Muestra indubitada recomendada en casos con sospecha de penetración bucal.
<b>HISOPOS BUCALES (o tarjeta FTA)</b>	2 hisopos en seco.	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. <b>Muestra NO recomendada en casos con sospecha de penetración bucal.</b> En su lugar, se debe utilizar sangre venosa como muestra indubitada.

Tabla 10. Recogida de muestras dubitadas con fines de identificación genética.

MUESTRAS DUBITADAS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA		
TIPO DE MUESTRAS	Nº DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
<b>SUPERFICIE CORPORAL</b> (sugilaciones, mordeduras, manchas de fluidos...)	2 hisopos humedecidos por cada una de las zonas exploradas.	Limpiando toda el área de la zona de interés (cuello, mamas, nalgas, etc.) con los hisopos humedecidos con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológicos estériles. Posteriormente se puede usar uno seco con el fin de obtener residuos restantes.
<b>LAVADO BUCAL</b>	1 tubo con el líquido de lavado.	Se debe realizar <b>DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS</b> . Se utilizan unos 5 ml de suero fisiológico. El lavado debe ser enérgico.

<sup>56</sup> Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN.

<sup>57</sup> Servicio de Biología del Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Laboratorio de ADN de la Comisaría General de Policía Científica y el Departamento de Biología del Servicio de Criminalística de la Guardia Civil.

<sup>58</sup> En el campo de las Ciencias Forenses y la Criminalística, **muestra indubitada** es aquella sobre la que no hay duda sobre su origen y autoría, al contrario de la **dubitada** en la que sí hay duda sobre estos parámetros, pendientes de identificación posterior.



MUESTRAS DUBITADAS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA		
TIPO DE MUESTRAS	Nº DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
<b>HISOPOS BUCALES (o tarjeta FTA)</b>	2 hisopos en seco.	Frotando la zona interna de las mejillas, lengua y espacio sublingual, alrededor de las encías, dientes (por ambas caras), incidiendo especialmente en los incisivos, espacios interdentes y paladar (duro y blando).
<b>UÑAS (RECORTES)</b>	1 sobre con los recortes de uñas de la mano derecha. 1 sobre con los recortes de uñas de la mano izquierda.	Se deben enviar todos los recortes de las uñas. También las uñas rotas, si las hay.
<b>UÑAS (HISOPOS)</b>	2 hisopos humedecidos.	Si las uñas no se pueden cortar, se limpian con un hisopo humedecido con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico estériles, todas las uñas de la mano derecha y con otro hisopo humedecido, todas las uñas de la mano izquierda.
<b>PEINADO DEL VELLO PÚBLICO</b>	<b>Recogida de pelos dubitados.</b>	Mediante peinado suave, para no arrancar pelos de la mujer, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine utilizado como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.
<b>HISOPOS DE GENITALES EXTERNOS</b> (labios, clítoris, himen, fossa, horquilla...)	2 hisopos humedecidos.	Limpiando la superficie externa de todas las zonas de interés.
<b>HISOPOS DE CÉRVIX</b>	2 hisopos en seco.	Limpiando el área de interés.
<b>HISOPOS VAGINALES</b>	2 hisopos en seco.	Limpiando el área de interés. Si durante la exploración se encontrase algún <b>PELO</b> , debe recogerse para su estudio.
<b>LAVADO VAGINAL</b>	1 tubo con el líquido de lavado.	Se debe realizar <b>SIEMPRE DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS</b> (tanto los recogidos para el análisis genético como para el microbiológico). Se utilizan unos 5-10 ml de suero fisiológico.
<b>HISOPOS PERIANALES</b>	2 hisopos humedecidos.	Limpiando la superficie externa de toda la zona de interés.
<b>HISOPOS RECTALES</b>	2 hisopos humedecidos.	Limpiando el área de interés.
<b>ROPA INTERIOR</b>	Braga/Sujetador.	Se recoge la ropa interior de la víctima, empaquetando cada prenda por separado.
<b>ROPA DE VESTIR</b>	Prendas que se consideren de interés.	Empaquetando cada una de las prendas por separado, usando papel o cartón como envase preferente.
<b>Otras muestras de interés forense.</b>	Preservativos, salvaslips, chicles (en penetración bucal reciente), etc.	Empaquetando cada una de las muestras por separado, usando papel o cartón como envase preferente.

**XI.4. Recogida de muestras para análisis toxicológicos**

Los análisis toxicológicos van encaminados a la detección de sustancias psicoactivas que hayan podido causar una merma de la consciencia o de la capacidad de consentir de la víctima, facilitando la comisión del delito por el agresor. 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 mujer agredida refiera su ingestión o su sospecha** (ver [tabla 15 del anexo 1](#)).

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

**Ante la sospecha de sumisión química, en el SUH siempre hay que tomar muestras de sangre y, muy en particular, de orina, a la mayor brevedad posible**, ya que se trata de muestras tiempo-dependientes. Al margen de su utilidad clínica, son muy relevantes desde el punto de vista toxicológico, por su potencial valor como prueba. Por ello, hay que asegurar su correcta custodia. Las tomas de cabello y parches de sudor se consideran muestras complementarias. No obstante, se aconsejará a la mujer que no se corte ni se tiña el cabello durante los dos meses posteriores al reconocimiento clínico y médico-forense pues, como parte de la investigación, puede ser necesario obtener una muestra capilar para su estudio toxicológico durante ese tiempo.

En la tabla 11 se expone el tipo de muestras y las indicaciones que hay que seguir para su correcta toma.

Tabla 11. Recogida de muestras por sospecha de sumisión química.

MUESTRAS PARA ANÁLISIS BIOQUÍMICOS Y TOXICOLÓGICOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
<b>SANGRE VENOSA</b>	<b>2 tubos de sangre de 5 ml cada uno.</b>	Se obtendrá <b>en las primeras 48 horas</b> tras la agresión. Un tubo con fluoruro sódico (2,5 g/l) y oxalato potásico (2 g/L) y otro tubo con EDTA, desinfectando la piel, evitando utilizar etanol u otros disolventes con fracciones volátiles y procurando llenar los tubos al máximo para evitar, en la medida de lo posible, la formación de una cámara de aire. Homogeneizar los tubos. Mantener en frío desde ese momento.	Screening de tóxicos y sustancias psicoactivas.
<b>ORINA</b> (muestra de elección)	<b>1 frasco estéril con 30-100 ml de orina.</b>	Se obtendrá siempre que no se superen los 5 días tras la agresión. Recoger 30-100 ml de orina en frasco de seguridad. Mantener en frío. Congelar si su análisis se va a demorar más de 24 horas. No se debe descartar la muestra, aunque esté contaminada (las bacterias no interfieren en los resultados). Se debe documentar el número de veces que se ha orinado previamente a la recogida.	Tóxicos y sustancias psicoactivas en orina (si se sospecha de su uso).



MUESTRAS PARA ANÁLISIS BIOQUÍMICOS Y TOXICOLÓGICOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
CABELLO	Un mechón de grosor similar a un bolígrafo (7 mm).	Recoger a partir de la cuarta/quinta semana de la agresión, de la zona occipital, cortando lo más cerca posible del cuero cabelludo.	Investigación retrospectiva de exposición a un tóxico/sustancia psicoactiva.

Las muestras se procesarán (en el laboratorio al que se envíen) **únicamente si existe denuncia o hay una orden judicial**. Solo en estos supuestos la mujer podrá solicitar, al juzgado correspondiente, los resultados.

### XI.5. Pruebas analíticas para la investigación de Infecciones de Transmisión Sexual (estudios microbiológicos)

Estos análisis se harán de manera tal que **se garantice la trazabilidad de las muestras** en las que se efectúen, siendo conveniente la implantación de un proceso de cadena de custodia. Se realizará una toma de muestra en todos los sitios de penetración o de intento de esta, así como en los lugares donde se aprecien lesiones. En la tabla 12 se expone el tipo de muestras y cómo proceder.

Tabla 12. Recogida de muestras para la investigación de ITS.

MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina.	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción.	Urocultivo. Investigación de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chamydia trachomatis</i> .
CONJUNTIVA (SI EXUDADO)	2 hisopos en medio Amies.	De la parte inferior del párpado. Conveniencia de que el paciente sea examinado por un oftalmólogo.	Investigación de <i>Chamydia trachomatis</i> .
ÚLCERAS ORO-LABIALES	2 hisopos en medio Amies.	Lavado previo con suero fisiológico estéril e hisopado de labase.	Investigación de sífilis, VHS.
HISOPOS FARÍNGEOS (SI PENETRACIÓN BUCAL)	2 hisopos en medio Amies.	Frotando vigorosamente las amígdalas, faringe posterior y zonas inflamadas o ulceradas, recogiendo cualquier posible exudado. <b>RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS BUCALES (MUESTRA INDUBITADA) Y ANTES QUE EL LAVADO BUCAL.</b>	Investigación de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chamydia trachomatis</i> .
SANGRE VENOSA	1 tubo de 5 ml de sangre sin anticoagulante.	Sin anticoagulante. Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días).	Serología de sífilis, VHS <sup>b</sup> , VIH <sup>d</sup> , hepatitis <sup>e</sup> : VHA, VHB, VHC.

MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
<b>GENITALES EXTERNOS (introito, labios, clítoris, himen, fossa, horquilla...) Y ZONA PERIANAL</b>	2 hisopos en medio Amies.	<p>a) Limpiando genitales externos y recogiendo cualquier posible exudado de genitales externos. <b>SI HAY MUCHO EXUDADO, SE RECOGERÁ ANTES QUE LOS DOS HISOPOS DESTINADOS A LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.</b></p> <p>b) Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: lavado previo con suero fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base.</p>	<p>a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS<sup>a</sup>.</p> <p>b) Investigación específica de sífilis, VHS<sup>b</sup>, VPH<sup>c</sup>.</p>
<b>HISOPOS DE CÉRVIX</b>	2 hisopos en medio Amies.	<p>Frotando el cuello de útero previa limpieza de secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. <b>RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.</b></p>	<p>a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS<sup>a</sup>.</p> <p>b) Si úlceras: Investigación específica de VHS<sup>b</sup> y sífilis.</p>
<b>HISOPOS VAGINALES</b>	2 hisopos en medio Amies.	<p>Recoger el exudado de la zona donde este sea más abundante, o en su caso, del fondo de saco vaginal posterior. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. <b>RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.</b></p>	<p>a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS<sup>a</sup>.</p> <p>b) Si úlceras: Investigación específica de VHS<sup>b</sup> y sífilis.</p>
<b>HISOPOS RECTALES</b>	2 hisopos en medio Amies.	<p>Introducir a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las criptas rectales durante unos segundos. Evitar contacto con materia fecal.</p>	<p>Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>.</p>
<b>PENE Y ESCROTO (en mujeres "trans" con genitales masculinos)</b>	2 hisopos en medio Amies.	<p>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.</p>	<p>Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS<sup>a</sup>.</p>
<b>HISOPO URETRAL (en mujeres "trans" con genitales masculinos)</b>	2 hisopos uretrales en medio Amies.	<p>Frotando cuidadosamente el interior de la uretra o tomando muestra del meato urinario si hay evidencia de exudado.</p>	<p>Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS<sup>a</sup>.</p>

MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
Otras localizaciones		Valorar presencia de <i>Pthirus pubis</i> en pestañas/vello púbico.	

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

<sup>b</sup> VHS: Virus herpes simple. <sup>c</sup> VPH: Virus del papiloma humano. <sup>d</sup> VIH: Virus de inmunodeficiencia humana. <sup>e</sup> VHA: Virus hepatitis A. VHB: Virus hepatitis B. VHC: Virus hepatitis C.

## XI.6. Recogida de muestras clínicas para análisis hematológicos y bioquímicos

Con independencia de la toma de muestras de interés médico-legal, en la tabla 13 se expone el tipo de muestras, cómo proceder para su toma y su utilidad.

Tabla 13. Recogida de muestras para análisis hematológicos y bioquímicos.

MUESTRAS PARA ANÁLISIS HEMATOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
SANGRE VENOSA	1 tubo de sangre sin anticoagulante: 5 ml.	Sin anticoagulante.	a) Determinación gruposanguíneo y RH. b) Hemograma y bioquímica, para valorar las funciones hepática y renal. Importante si se decide emplear antirretrovirales. c) Test de embarazo (*).
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina.	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción.	d) Test de embarazo.

(\*) Si el resultado es negativo, ha de repetirse a las 4-6 semanas.

## XI.7. Toma y uso de fotografías

El registro de imágenes puede ser de gran utilidad como método descriptivo de las lesiones, si bien debe tenerse siempre en cuenta que la toma de algunas áreas corporales puede resultar incómoda y vergonzante.

Antes de comenzar las fotografías, debe recabarse el **consentimiento por escrito**, una vez que la mujer agredida haya sido informada acerca de:

- Cómo y por qué se tomarán.
- Del objeto de cada toma y de las lesiones o evidencias que se pretenden fijar.
- 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.

Hay que 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 pueden servir nunca para diagnosticar con fiabilidad lesiones no observadas directamente por los examinadores.

## XII. EMPAQUETADO Y ENVÍO DE MUESTRAS. CADENA DE CUSTODIA

### XII.1. Empaquetado de las muestras

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

Las muestras deben ser minuciosamente envasadas y **etiquetadas**, por lo que es importante seguir estos principios:

- Cada muestra se debe envasar **individualmente, con su correspondiente etiqueta**.
- Las muestras se empaquetarán y trasladarán en **triple embalaje de seguridad**, herméticos e impermeables.
- En el caso de que se hayan hecho **fotografías**, la mejor forma para garantizar su validez, es decir, garantizar que no hayan sufrido ningún tipo de manipulación, es que su toma se haya realizado por una **cámara digital institucional** y que las imágenes obtenidas se guarden y se envíen **en una tarjeta de memoria SD<sup>59</sup> o en un CD (disco compacto)**.

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

- Dejar secar las muestras a temperatura ambiente en un lugar protegido, antes de su envasado, salvo que se usen dispositivos de recogida con sistema de autosecado.
- Empaquetar en envases de papel o cajas de cartón, evitando el plástico (salvo que se trate de dispositivos de recogida con sistema de autosecado). Cuando su empleo sea ineludible, procurar una transferencia rápida al envase adecuado, con las debidas medidas de protección.
- **Los indicios líquidos (lavados, sangre, orina) se deben mantener y remitir refrigerados** por ser especialmente vulnerables a la degradación del ADN.

---

<sup>59</sup> Secure Digital (SD) hace referencia a la tarjeta de memoria para dispositivos móviles.



## Tipos de envases

- **Envase primario:** En contacto directo con la muestra. Será un recipiente impermeable y estanco de vidrio, metal, papel o plástico dependiendo del tipo de muestra y de la temperatura de transporte (por ejemplo, tubo para analítica, bote de orina, hisopo y tubo).
- **Envase secundario:** Sirve de protección a uno o más recipientes primarios, será a prueba de derrames. Recomendable botes tipo “duquesa” (figura 1).
- **Envase exterior o terciario:** Protege al embalaje secundario. Su solidez y dimensiones estarán acorde con las medidas, peso y fragilidad del material a embalar, pudiendo ser de poliespan, salvo que se considere necesario mantener la cadena de frío, para lo cual se deberá utilizar una nevera portátil. **Solo irán muestras de una única víctima.** Se recomienda disponer de varios tamaños de envases terciarios para que se adecúen al contenido que se quiere enviar.



Figura 1

## Instrucciones de embalaje

- Transporte a **temperatura ambiente:** Si los recipientes tienen tapón de rosca, se reforzarán con cinta adhesiva. Este tipo de transporte solo es aplicable a la ropa con manchas secas (para ADN), a hisopos secos (embalados en papel y a < 24º) y al pelo.
- Transporte **en frío (sangre, orina, lavados, hisopos húmedos):** el refrigerante utilizado (hielo y otros) deberá colocarse fuera del embalaje secundario.
- Las muestras indubitadas de la víctima se dispondrán en paquetes o sobres diferentes de los de las muestras dubitadas para estudios genéticos.

## Etiquetado/Rotulado y documentación de los envases:

- En el **envase primario** se consignará el tipo de muestra de que se trata, nombre y apellidos de la mujer, número de historia o de procedimiento, fecha y hora de la toma de muestra y hospital de procedencia. Por último, identificación de la persona que ha recogido la muestra.
- En el **envase secundario** se señalarán, en una pegatina, todos los recipientes primarios que contenga, junto con el nombre y apellidos de la mujer, fecha de recogida y hospital de procedencia.
- En el **envase terciario:**
  - Se adjuntará **en su interior**, dentro de un sobre cerrado y como documento independiente (que no sea dañado por el refrigerante), el **formulario de recogida de muestras (anexo 6)**, debidamente cumplimentado.
  - **Por fuera** y metido en una funda de la que se pueda extraer (por ejemplo, un folder de plástico), se incluirá el **formulario de empaquetado y envío de muestras (anexo 7)** que al final del proceso de transporte, contendrá la

identificación y las firmas de las personas implicadas en el mismo.

Además, el exterior del envase terciario llevará una etiqueta donde figure el **hospital de procedencia y el IMLCF como destinatario**, y los símbolos que indiquen **“material biológico”** (figura 2) y la **“postura vertical”** (figura 3)<sup>60</sup>.



Figura 2



Figura 3

## XII.2. Transporte de las muestras

Los envases secundarios se introducen en neveras portátiles (embalaje terciario), que llevan frigolines (acumuladores de frío) en su interior, como medio frío en seco, **para el transporte de muestras biológicas**. Para otros tipos de muestras, el envase terciario o exterior puede ser de poliespan o cualquier otro material que proteja al secundario.

El envío de muestras desde el hospital al IMLCF, en los casos de no intervención del médico forense, debe hacerse **preferentemente en las primeras 72 horas desde la toma y no superar los 7 días**, en el horario y días de la semana que a continuación se especifica<sup>61</sup>:

RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL IMLCF	
Días	Lunes, miércoles y viernes laborables
Horario	De 9:00 h a 13:30 h
Dirección	C/ Julio Cano 4. Valdebebas. 28055 Madrid

Respecto al transporte de muestras al IMLCF, cuando no intervenga el médico forense, cada centro habilitará los medios que tenga estipulados, cuidando que lleguen en las debidas condiciones.

## XII.3. Cadena de custodia

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

Las muestras tienen que estar acompañadas por los **formularios de cadena de custodia (anexos 6 y 7)** que garanticen su trazabilidad y la de los análisis que de ellas se deriven.

<sup>60</sup> Artículo 7 de la “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”.

<sup>61</sup> En el [anexo 5](#) se muestra una tabla con indicaciones para la conservación de las muestras.



Estos documentos hay que cumplimentarlos desde la primera muestra que se haya tomado (incluyendo el medio extrahospitalario) hasta su envío al IMLCF.

Para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, **la cadena de custodia será asegurada por el médico forense en el ámbito hospitalario y por las FCSE en el extrahospitalario.**

Cuando las muestras se obtengan por un facultativo de la Urgencia, sin la presencia del médico forense, la preservación de la cadena de custodia recaerá en el SUH que corresponda. En estos casos, el IMLCF actuará, inicialmente, de mero **receptor** de aquellas muestras que lleguen en las debidas condiciones (embalaje íntegro e identificado) y con los formularios de recogida de muestras y cadena de custodia debidamente cumplimentados. Posteriormente, su papel será como centro **emisor** de dichas muestras al laboratorio que dictamine el juez, si se inician diligencias. Será este Instituto el responsable de la cadena de custodia durante el tiempo de permanencia de las muestras en sus instalaciones.

### XIII. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

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

- **Se debe notificar el caso a la Unidad de Trabajo Social** a fin de que la mujer esté informada sobre los recursos y ayudas disponibles y sus derechos como víctima. Si no fuera posible, se garantizará que la mujer sea informada en el SUH.

#### XIII.1. Coordinación con recursos del SERMAS

A la mujer se le informará, por escrito, de los **controles hospitalarios** (Medicina Interna, Psiquiatría, etc.) necesarios tras el alta hospitalaria y de su importancia. Podrá acudir al hospital donde haya sido vista en urgencias o a su hospital de referencia.

En principio, las **citas iniciales de seguimiento** se concertarán en el mismo hospital, con el objeto de valorar los resultados de las pruebas pendientes que han sido obtenidas en la urgencia y cuyo resultado es diferido, así como para evitar cualquier demora en el seguimiento médico. Las citas que precise serán realizadas en los servicios de ginecología, urología, cirugía, psiquiatría/salud mental y pediatría<sup>62</sup>. Las **posteriores**, incluso las iniciales, si la mujer lo prefiere, podrán realizarse en su hospital de referencia, para lo que es imprescindible que quede reflejado en el informe de alta.

En el caso de recibir quimioprofilaxis postexposición al VIH, se la derivará a **las consultas hospitalarias de infecciosas o de medicina interna** (según protocolo hospitalario) para asegurar la continuidad del tratamiento, seguimiento y valoración médica.

Por último, se le entregará el Informe de Urgencias (informe de alta) aconsejando:

- **No mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración.**
- **Pedir cita con su médico de familia antes de que pasen 7 días**, para valoración y

<sup>62</sup> En algunos hospitales y en función de su organización interna, para mujeres de 16 y 17 años.



seguimiento.

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

- En la visita de las **2 semanas** se revisarán, si las hubiera, las heridas y lesiones producidas y se valorará su evolución. Se realizará analítica general. Se asegurará la toma correcta de la medicación prescrita. Asimismo, se le notificará los resultados de las pruebas médicas llevadas a cabo y se efectuará una prueba de embarazo. En caso de **embarazo, se le informará de sus opciones y se le recordarán las instrucciones para la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual, VHB y VIH. Revisión ginecológica. Información a medicina de familia de la revisión realizada.**
- En el seguimiento a los **3 meses** se realizará la prueba de VIH (salvo que ya esté en seguimiento por este problema), serología VHB y VHC, despistaje sífilis y se continuará con la profilaxis que corresponda de infecciones de transmisión sexual. Se informará sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en caso de embarazo. También se informará de los resultados de las pruebas. Revisión ginecológica. Información a medicina de familia de la revisión realizada.
- En la visita de seguimiento a los **6 meses** se realizará la prueba de VIH (con la salvedad ya reseñada), serología VHB y VHC y se continuará con la profilaxis que corresponda de infecciones de transmisión sexual. Se informará de los resultados de las pruebas. Revisión ginecológica. Información a medicina de familia de la revisión realizada.

**En atención primaria** se deberá valorar la cita preferente con **trabajo social** (esta cita la puede pedir la mujer directamente) y se considerará la necesidad de derivación a salud mental, cuando no esté siendo ya vista o tenga consultada revisión por este servicio.

### **XIII.2. Coordinación con recursos comunitarios**

**Desde la Unidad de Trabajo Social y/o atención primaria** se valorará cita con un **centro especializado** en atención psicológica y asesoría jurídica a mujeres víctimas de violencia sexual, si no se ha hecho antes ([anexo 11](#)).

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

En los diagramas de flujo del algoritmo de preaviso y activación del Código VISEM, y de atención sanitaria a las mujeres víctimas de AS (figs. 4, 5 y 6), se reflejan las pautas de intervención descritas, con los **posibles itinerarios** que se pueden dar junto a los **procesos, estructuras implicadas, decisiones a tomar y principales documentos a utilizar.**

- La **figura 4** representa el diagrama de preactivación del código en el medio extrahospitalario a través del CE-112 o del 061.
- Las **figuras 5 y 6** representan los diagramas de activación del código en el triaje de las urgencias hospitalarias de los hospitales designados para atender a las mujeres que han sufrido agresión sexual reciente.



**Leyenda de las figuras y recorridos de los diagramas de flujo:**

- En **color anaranjado oscuro** (■) se muestra el inicio y final de los diagramas.
- En **color rojo** (■) se muestra los recursos que dan preaviso o activan el Código VISEM.
- En **color aguamarina** (—) se muestran los recorridos previos a la activación del Código VISEM. Asimismo se muestran los elementos específicos implicados en dichos recorridos (■).
- En **color púrpura** (— ; ...) se muestran los recorridos una vez activado el Código VISEM y los elementos específicos implicados en dicho recorrido (■).
- Los **trazos continuos** indican los recorridos que realiza el personal sanitario (hospitalario y extrahospitalario), a excepción de la medicina forense.
- Los **trazos discontinuos** muestran los recorridos que realiza la medicina forense.

**Figura 4. Diagrama de flujo del algoritmo de preaviso del Código VISEM y de atención a la AS en mujeres ≥ 16 años en el MEDIO EXTRAHOSPITALARIO**

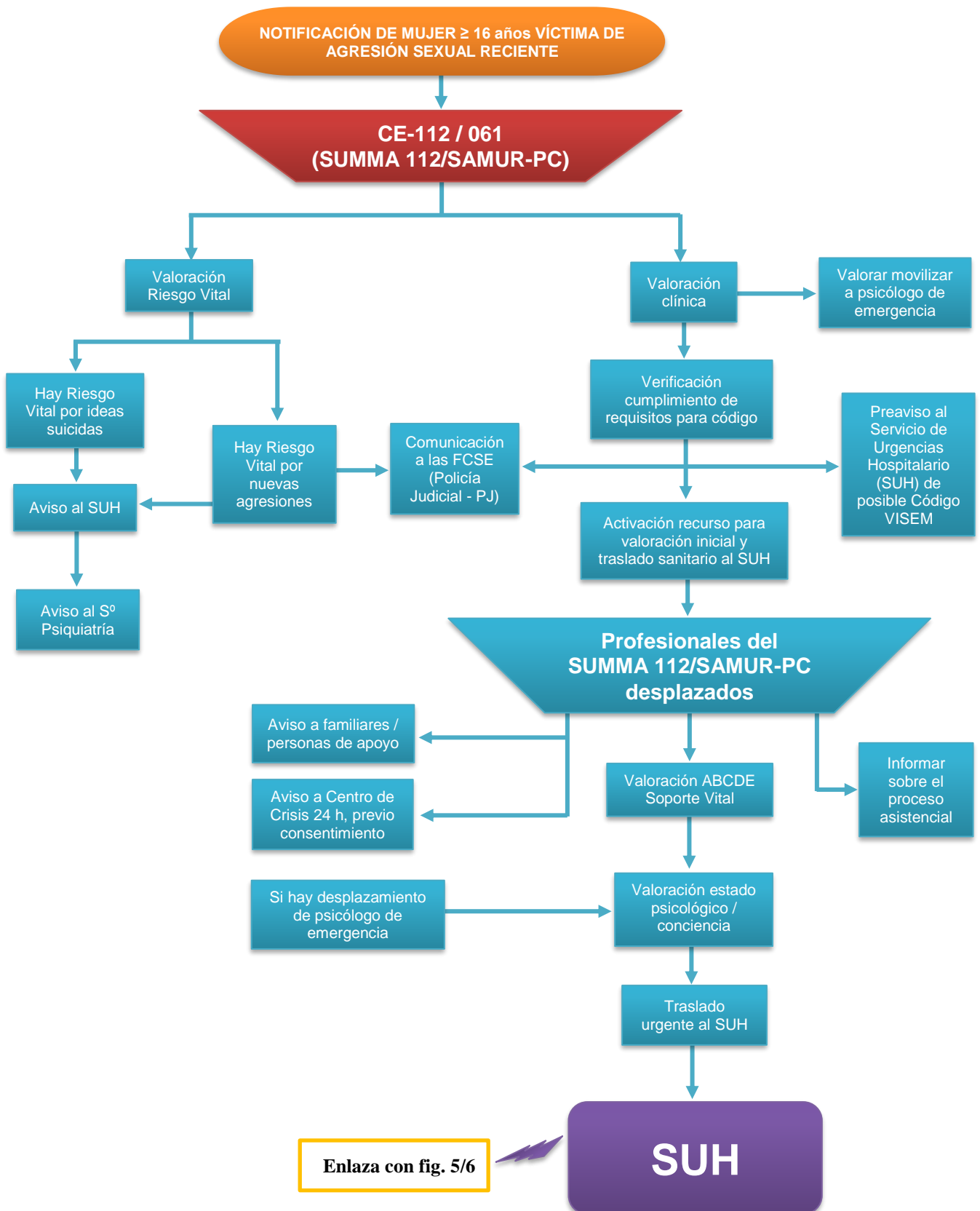


Figura 5. Diagrama de flujo del algoritmo de ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISEM y de atención a la AS en mujeres ≥ 16 años en el MEDIO HOSPITALARIO

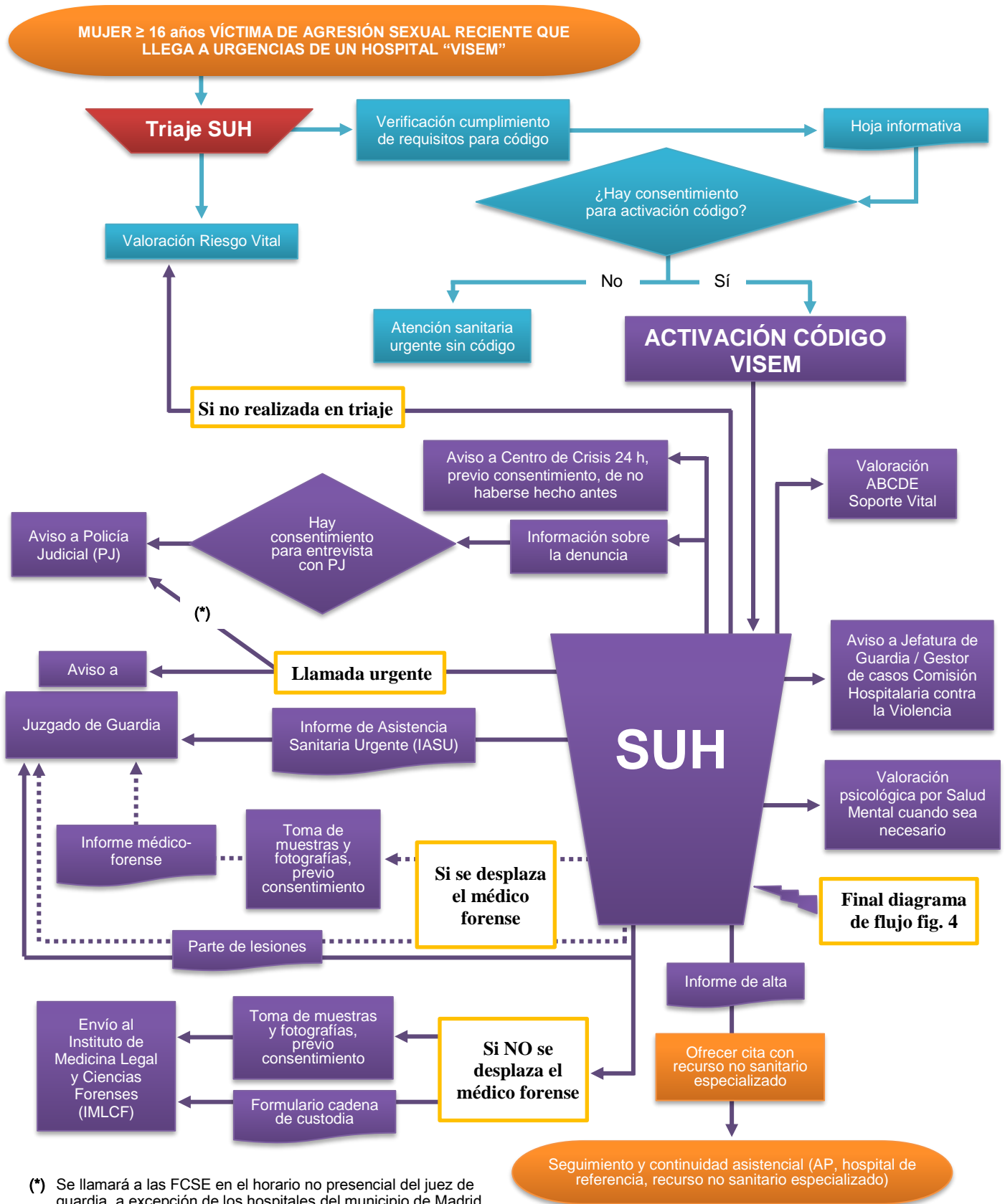
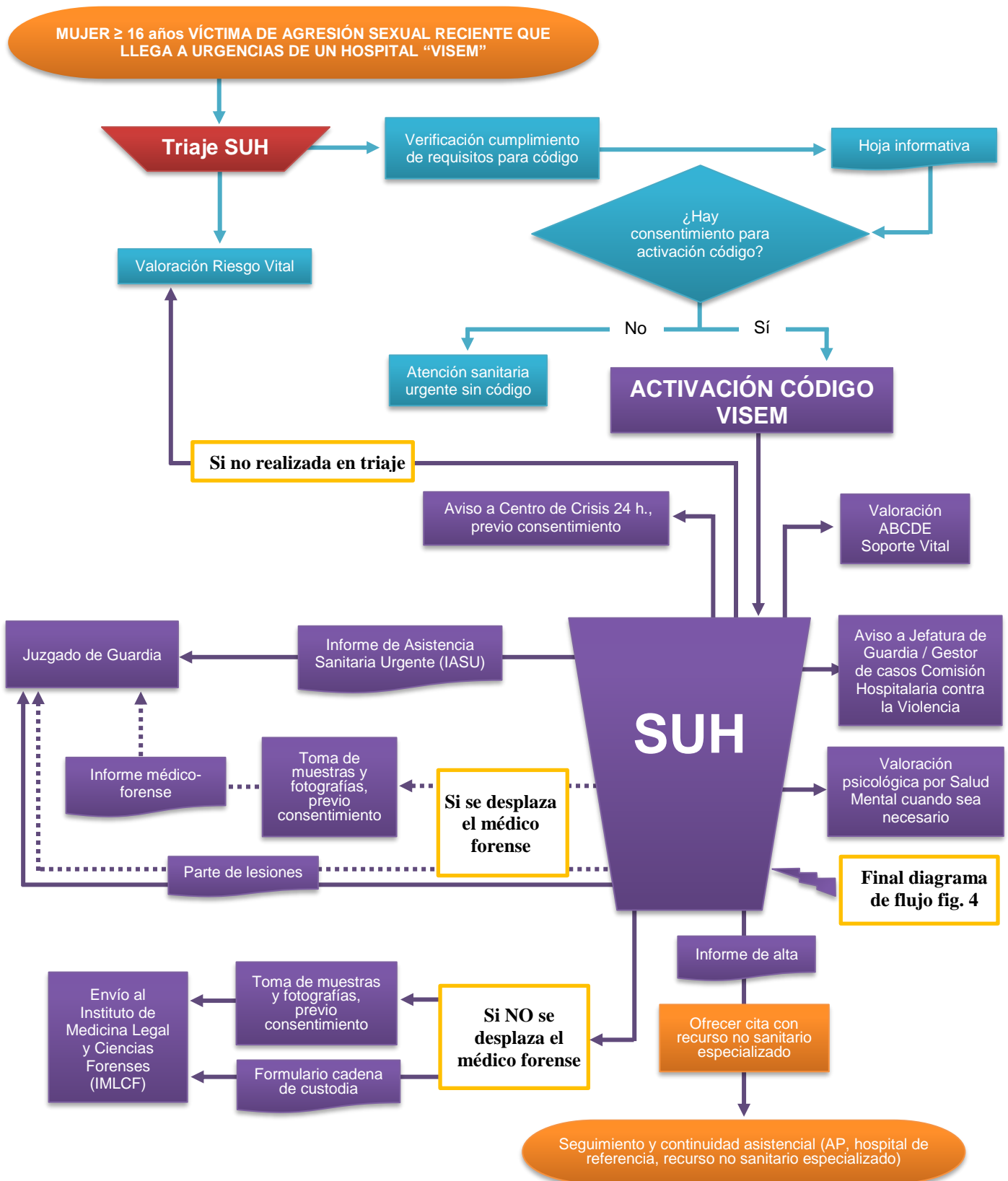


Figura 6. Diagrama de flujo del algoritmo de activación del Código VISEM y de atención a la AS en mujeres  $\geq 16$  años, en el medio hospitalario, PREVIA INTERPOSICIÓN DE DENUNCIA EN DEPENDENCIAS POLICIALES.



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

En toda situación de riesgo vital confirmado, **desde el SUH se contactará con la Dirección Médica/Jefe de Hospital para dar aviso inmediato a las FCSE** y se adoptarán las siguientes medidas<sup>63</sup>:

- Si se procede al ingreso, en aquellos casos en los que se deba activar el protocolo de protección del Centro Sanitario, garantizar que en la planta de hospitalización conocen esta situación y se han tomado las medidas pertinentes.
- Cuando el tratamiento de las lesiones requiera traslado a otro centro o servicio sanitario, se informará a la Dirección Médica/Jefatura de Hospital a fin de optimizar la coordinación de recursos y la atención, y de garantizar la seguridad.
- Si la mujer desea volver a su domicilio, se le hará entender que su vida corre peligro y se le recordarán las medidas para aumentar su protección.
- Si la mujer no desea regresar a su domicilio, como medida de seguridad **se contactará con el 112** para proceder, si fuera preciso, a la gestión de un centro de emergencia.
- **Se planteará la elaboración del Plan de Seguridad con la mujer.** Se explorará asimismo la red de apoyo social, con el fin de determinar con qué personas podría contar (si las hubiere) en caso de salida del hogar y dónde podría alojarse<sup>64</sup>.
- Para el caso de **mujeres de 16 y 17 años, para poner en marcha las medidas para su protección**, se activarán los Organismos de Protección del Menor Urgente comunicándolo a la Comisión de Tutela del Menor (Área de Protección, laborables de 8:00 a 15:00 h) o al juez de guardia. Se enviará informe por escrito y se adelantará vía fax<sup>65</sup>. Si hay una duda razonable y se considera que existe una situación de riesgo no inmediato, se comunicará a los servicios sociales del ayuntamiento quienes valorarán el caso y su comunicación a la Comisión de Tutela, si procede.
- Una situación excepcional sería aquella en la que la mujer y las personas a su cargo corran un grave peligro y ella no esté en condiciones de darse cuenta. Es importante para su protección acudir a un lugar seguro y por ello **se contactará con el 112**, desde donde se iniciarán todos los trámites de protección.

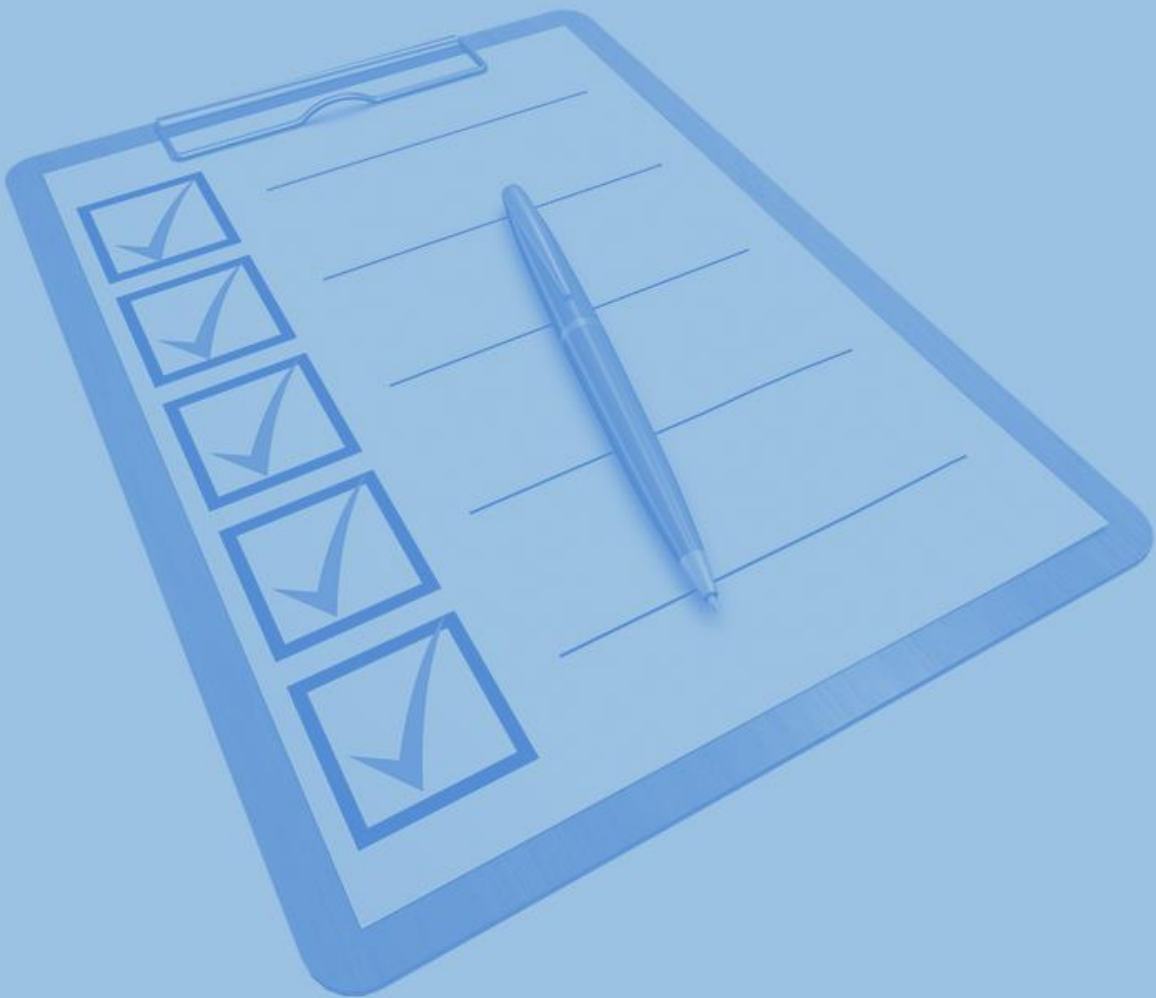
<sup>63</sup> Medidas recogidas en «*Violencia de pareja hacia las mujeres. Guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios*» (ver [bibliografía](#)).

<sup>64</sup> Si es posible, este Plan se elaborará desde trabajo social y si no, desde el SUH.

<sup>65</sup> Medida contemplada en el Protocolo de Atención Sanitaria de la Comunidad de Madrid de la Atención a los Menores Víctimas de Violencia Sexual (en fase de elaboración a 31/05/2023).



## OTRAS CUESTIONES QUE CONSIDERAR





## XVI. DOCUMENTACIÓN A RELLENAR

### XVI.1. Consentimiento informado (anexo 4)

Se solicitará para los distintos procedimientos a realizar a lo largo de todo el proceso asistencial, debiendo ser por escrito para la toma de muestras de carácter médico-forense.

### XVI.2. Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual (IASU)

Informe, **específico para los casos de agresión sexual y ligado a la activación del Código VISEM**, en el que se notifica al Juzgado de Guardia la existencia de un probable caso de violencia sexual de este tipo, aportándose datos de filiación de la mujer y de la clase de violencia sexual sufrida, así como de la fecha y lugar del hecho ([anexo 2](#)).

### XVI.3. Parte judicial de lesiones

Ante la evidencia o sospecha de un caso de AS, **existe la obligación legal de comunicarlo a la autoridad judicial**<sup>66</sup>. El médico cumple este cometido mediante la emisión del **Parte Judicial de Lesiones**. El personal sanitario responsable de la atención debe ser especialmente diligente en su cumplimentación, informando previamente a la mujer afectada de la remisión de este Parte Judicial y **registrándolo en la historia clínica**. **Este documento no es una denuncia y se cumplimentará en todos los casos, incluso en aquellos en los que el examen sea negativo.**

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

La descripción de las lesiones debe ser lo más detallada posible y **debería incluir:**

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

Además, deberá reflejar el estado psicológico de la mujer atendida y si hay riesgo vital

---

<sup>66</sup> Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y art. 7 de la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.

por nuevos actos de violencia.

En los casos en que la toma de muestras con valor médico-legal sea realizada por el facultativo de urgencias y enviadas al IMLCF, **dichas actuaciones también deberán constar en el parte de lesiones.**

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

El centro hospitalario guardará una copia y se entregará otra a la policía/guardia civil para el juzgado, si se han presentado en el SUH, o se remitirá directamente por los cauces establecidos. La mujer se llevará copia del informe de urgencias y se la informará del contenido del parte de lesiones, entregándole una copia de este, si lo solicita.

Para **mujeres de 16 y 17 años**, la Fiscalía tendrá conocimiento en momentos posteriores, cuando se le dé traslado y valorará y decidirá si se activa de oficio una investigación para confirmar los episodios de agresión sexual.

#### XVI.4. Informe clínico-asistencial (informe de alta)

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

#### XVI.5. Formularios de la cadena de custodia (partes 1 y 2)

Son documentos donde se explicitan las tomas realizadas y los elementos que acreditan la cadena de custodia, para su remisión a los laboratorios implicados. Cuando las muestras se hayan realizado por el facultativo del SUH, sin la presencia del médico forense, se deberán rellenar y enviar al IMLCF.

#### XVI.6. Informe médico-forense

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

## XVII. ASPECTOS ÉTICOS ASISTENCIALES

En situaciones de AS es importante que los/las profesionales intervinientes tengan



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

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

## XVIII. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

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

- Real Decreto de 14 de setiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Constitución Española. 1978.
- Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 35/1995 de ayuda a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.



- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN.
- Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.
- Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul).
- Ley Orgánica 15/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima de delito.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto de 2018, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.
- Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.
- Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBIfobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales.
- Ley 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.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (CEDAW) y su Recomendación General No.35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer.
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
- 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.
- La Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.



ANEXOS

# ANEXO 1

## TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DEFINICIONES

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

**Hay dos formas fundamentales de ejercerse la violencia sexual**, recogidas en nuestro código penal como «*Delitos contra la libertad sexual*»: la agresión y el acoso<sup>67</sup>:

### Agresión sexual

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

A partir de esta definición genérica, se considerará agresión sexual (con relación a la población diana de este protocolo) aquellos **actos de contenido sexual que se lleven a cabo por hombres hacia una mujer, sin su consentimiento, empleándose violencia o intimidación y también si hay abuso en las siguientes condiciones:**

- De una situación de superioridad o de vulnerabilidad sobre la mujer;
- Sobre mujeres que se hallen privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare;
- Cuando la mujer tenga anulada por cualquier causa su voluntad.

Cuando la agresión sexual consista en el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, estaremos ante un tipo de agresión sexual tipificada por el Código Penal como **violación**.

### Acoso sexual

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

También se considera acoso cualquier comportamiento verbal o físico, de naturaleza sexual, que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona (en este caso, mujer), en particular, cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo<sup>68</sup>.

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

<sup>67</sup> Según los artículos del 178 al 180 y 184 del Código Penal. A efectos de aplicación de este protocolo, las víctimas siempre son mujeres, con 16 o más años, que han sido agredidas sexualmente. No es de aplicación para los casos de acoso sexual.

<sup>68</sup> Art. 7 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

## La agresión sexual en diferentes contextos

### Agresión sexual por sumisión química<sup>69</sup>

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

Existen tres tipos diferenciados que se exponen en la tabla 14:

Tabla 14. Tipos de sumisión química con fines sexuales.

TIPOS DE SUMISIÓN QUÍMICA (SQ)	
<b>SQ Proactiva</b>	El acto sexual se produce cuando queda anulada la voluntad de la víctima por suministro deliberado y encubierto, por parte del agresor, de una o varias sustancias psicoactivas ( <b>sumisión química propiamente dicha</b> ).
<b>SQ Oportunista</b>	El acto sexual se produce cuando la mujer tiene anulada su voluntad por ingesta voluntaria de una o varias sustancias psicoactivas, circunstancia que es aprovechada por el agresor ( <b>vulnerabilidad química</b> ).
<b>SQ Mixta</b>	Cuando confluyen la ingesta voluntaria de una o varias sustancias psicoactivas por la víctima con una administración encubierta por parte del agresor.

En la tabla 15 se exponen los principales signos y síntomas relacionados con la sumisión química.

Tabla 15. Indicadores de sospecha en agresión sexual con sumisión química

SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA SUMISIÓN QUÍMICA	
<b>Escenario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La víctima se encuentra desnuda o con la ropa desarreglada o rota.</li> <li>• Hay ropa u objetos (preservativos...) con posibles fluidos (semen...).</li> <li>• Relato de los hechos por la víctima o/y testigos / Ausencia de relato.</li> </ul>
<b>Anamnesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No recuerda ni reconoce el lugar.</li> <li>• Cree que ha podido sufrir una agresión sexual.</li> <li>• ¿Posible consumo de sustancias tóxicas? Voluntario o no, ocasional o habitual.</li> </ul>

<sup>69</sup> El término «*sumisión química*» es de uso generalizado en el ámbito de la medicina clínica. En doctrina legal y en el ámbito de la toxicología se utiliza «*delitos facilitados por sustancias*». Existe un protocolo específico, del Servicio Madrileño de Salud, que aborda esta cuestión: “*Protocolo de Actuación ante la Sospecha de Sumisión Química*” ([https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/Documents/PROTOCOLO\\_ACTUACION\\_SOSPECHA\\_SUMISION\\_QUIMICA\\_REV.pdf#search=sumision%20quimica](https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/Documents/PROTOCOLO_ACTUACION_SOSPECHA_SUMISION_QUIMICA_REV.pdf#search=sumision%20quimica)).

SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA SUMISIÓN QUÍMICA	
<b>Exploración Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somnolencia, confusión.</li> <li>• Agitación o alucinaciones.</li> <li>• Alteración del juicio.</li> <li>• Náuseas o vómitos.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Amnesia anterógrada / retrógrada / completa.</li> <li>• Sedación.</li> <li>• Desorientación témporo-espacial.</li> <li>• Desinhibición.</li> <li>• Disartria.</li> <li>• Alteraciones visuales.</li> <li>• Alteraciones en la motricidad y el equilibrio. Mareos. Vértigos.</li> <li>• Constantes vitales (frecuencia cardiaca/respiratoria, tensión arterial).</li> <li>• Parálisis sin pérdida de conocimiento.</li> <li>• Pérdida de conocimiento o “desmayo”.</li> <li>• Cualquier otro síntoma o signo que no corresponda con el tipo y cantidad de tóxico (p. ej., alcohol) que refiera haber tomado de forma voluntaria.</li> <li>• Existencia de lesiones cutáneo/mucosas no justificables (evitar nueva victimización por exploraciones innecesarias).</li> <li>• Marcas, enrojecimientos, escozor, etc.</li> </ul>

### Agresión sexual en situación de “trata” con fines de explotación sexual

La trata de seres humanos con fines de explotación sexual se da cuando se emplea **violencia, intimidación o engaño, o abuso de una situación de superioridad o de necesidad o de vulnerabilidad de la víctima, o mediante la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que posea el control sobre la víctima, la capte, transporte, la traslade, acoja, o la reciba, incluyendo el intercambio o transferencia de control sobre esas personas, con la finalidad de su explotación sexual<sup>70</sup>.**

Las mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual apenas acceden a los servicios sanitarios y, cuando lo hacen, con frecuencia es en urgencias por temas relacionados con violencias sexuales. Sin embargo, lo habitual es que no revelen su situación. Por tanto, la atención urgente en un contexto de violencia sexual es un momento clave para poder detectarlo y ofrecer ayuda a la mujer.

En la tabla 16 se muestran una serie de indicios basados en la literatura que, aunque no son específicos, son frecuentes en víctimas de trata y pueden aparecer a lo largo de la anamnesis, durante la atención médica en el SUH, sin que ello suponga un guion de entrevista. La acumulación de varios de ellos es lo que nos debe hacer sospechar y explorar más la posibilidad de que la mujer atendida sea víctima de trata. Son mujeres en una situación de extrema vulnerabilidad, estando generalmente vigiladas y amenazadas, por lo que es muy importante que se sientan que están en un espacio seguro.

<sup>70</sup> Artículo 177.1 bis del Código Penal.



Tabla 16. Indicios de la existencia de un caso de trata con fines de explotación sexual.

INDICIOS DE TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL	
<b>1. Indicios por país de origen.</b>	
EUROPA: Rumanía, Ucrania, Albania, Bulgaria. AFRICA: Costa de Marfil, Guinea Ecuatorial, Ghana, Nigeria. ASIA: Rusia, China. AMÉRICA: Rep. Dominicana, Colombia, Ecuador, Paraguay, Brasil.	
<b>2. Indicios relativos al entorno.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No conoce donde se encuentra o desconoce lugares importantes de su hábitat.</li> <li>• No tiene su pasaporte y/o lo tienen otras personas.</li> <li>• Vive en club o piso de ejercicio de prostitución, o no conoce la dirección donde vive.</li> <li>• Residencia en unidades habitacionales colectivas o “pisos patera”.</li> <li>• Condiciones insalubres en las zonas de dormitorio, comparte habitaciones.</li> <li>• Escasa red social o personas a las que recurrir.</li> <li>• Tiene restricciones de movimiento. Sin acceso o con importantes barreras de acceso a la sanidad.</li> </ul>	
<b>3. Indicios conductuales.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos que denotan miedo o desconfianza: escasa interacción con los profesionales, reticencia a hablar, evitación del contacto visual, parece asustada.</li> <li>• Habla poco castellano con relación a su tiempo de estancia en España.</li> <li>• No está cómoda cuando se pregunta por su familia en el país de origen.</li> <li>• Impresión de estar sujeta a control o coacción: está “escoltada” o una tercera persona habla por ella.</li> <li>• Baja adherencia a citas y tratamientos: no empieza o no acaba los tratamientos, falta a citas, altas voluntarias,</li> </ul>	
<b>4. Indicios sobre la salud física.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de violencia: golpes, moratones, quemaduras...</li> <li>• Poco control sobre su salud sexual: ejerce prostitución durante la menstruación, ITS, uso de píldora postcoital, profilaxis post-exposición, IVE...</li> <li>• Pobre estado de salud en general: demanda recurrente de pruebas médicas, test de ITS, analíticas...</li> <li>• Problemas de salud mental: ansiedad, trastornos del ánimo, irritabilidad.</li> <li>• Consumo de sustancias.</li> </ul>	

En la tabla 17 se indican una serie de recomendaciones en el caso de que se sospeche un caso de trata con fines de explotación sexual<sup>71</sup>.

<sup>71</sup> Las tablas 16 y 17 se basan en la elaborada por Médicos del Mundo, en el contexto del Proyecto “Promoción de la salud y prevención de violencias de género en mujeres en situación de explotación sexual y su relación con el sistema sanitario”, de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, y en lo elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS (ver bibliografía).

**Tabla 17. Recomendaciones y recursos especializados para el afrontamiento de un caso de trata con fines de explotación sexual.**

RECOMENDACIONES Y RECURSOS PARA LA TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL
<p><b>RECOMENDACIONES EN CASO DE SOSPECHA DE INDICIOS DE TRATA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dada la complejidad de la situación, se recomienda buscar asesoramiento telefónico con los recursos especializados de emergencia que aparecen más adelante.</li> <li>2. Expresar preocupación por su situación y preguntar en un ambiente de privacidad ESTANDO ELLA SOLA para no ponerla en riesgo (a menudo pueden estar acompañadas por su proxeneta, sea hombre o mujer e incluso aunque sea su pareja o familiar). Un ejemplo de pregunta puede ser: “¿alguna vez has tenido que tener relaciones sexuales sin quererlo porque <b>una tercera persona</b> te ha presionado u obligado?” <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si la mujer lo niega, indicar que puede solicitar apoyo cuando lo necesite. En cualquier caso, nunca debe presionarse a la mujer ni ofrecerle expectativas que no puedan cumplirse.</li> <li>▪ Si la mujer reconoce su situación, se procederá a valorar su estado de salud y su situación de riesgo, siempre contando con su consentimiento, y se iniciará un proceso de coordinación y cooperación para la notificación del caso, de modo que pase a manos de personal especializado en la atención a víctimas de trata, de los siguientes recursos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- FCSE (Unidad de Trata de la Policía Nacional, tfno. 900 105 090 o Unidad Técnica de la Policía Judicial de la Guardia Civil).</li> <li>- Recursos especializados de emergencia, especialmente si hay riesgo vital o la mujer solicita ayuda.</li> <li>- Recursos especializados ambulatorios.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>
<p><b>RECURSOS ESPECIALIZADOS</b></p>
<p><b>DE EMERGENCIA PARA TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidad de Madrid: Proyecto Esperanza (Teléfono 24h: 607 542 515) o APRAMP (*) (Teléfono: 609 589 479). Página web: <a href="https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/trata-mujeres-fines-explotacion-sexual#">https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/trata-mujeres-fines-explotacion-sexual#</a></li> <li>• Ayuntamiento de Madrid: Centro de emergencia 24 horas para víctimas de trata Mariana Pineda. Teléfono: 900 102 640. Correo: <a href="mailto:centroemergencia@trabe.org.es">centroemergencia@trabe.org.es</a></li> </ul>
<p><b>AMBULATORIOS PARA TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidad de Madrid: Centro de Día para mujeres víctimas de trata. Teléfono: 91 720 62 66.</li> <li>• Ayuntamiento de Madrid: Centro de Atención Integral a Mujeres Concepción Arenal. C/ Antonia Lancha 50, bajo. 28019 Madrid. Teléfono: 914 680 853 - 671 060 297. Correo: <a href="mailto:arenal@trabe.org.es">arenal@trabe.org.es</a></li> </ul>

(\*) Asociación Para la Atención Prevención y Reinserción de la Mujer Prostituida

### Otras formas de VS

Existen otras formas de violencia sexual contra las mujeres recogidas en nuestro Código Penal que engloban, el matrimonio forzado y/o precoz, la inducción a la prostitución y la mutilación genital femenina<sup>72</sup>, entre otras.

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

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

---

<sup>72</sup> Existe una *Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid (2017)* que se puede consultar en el siguiente enlace: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050259.pdf>

## ANEXO 2

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

Hospital.....

D./Dña.....

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

### AL JUZGADO COMUNICA:

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

- Mujer de  $\geq$  16 años.
- Episodio de agresión sexual.
- Tiempo transcurrido desde que aconteció el episodio  $\leq$  3 días/72h ( $\leq$ 10 días/240 h en los casos de coito vaginal).
- Hay consentimiento previo para la activación del Código VISEM sanitario.

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

- Sospecha de sumisión química.

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

- La mujer no sabe, no recuerda el lugar ni la hora del suceso
- El suceso tuvo lugar en..... a las..... horas del día ...../...../.....
- La mujer conoce al autor de los hechos y su relación con él es:
 

<input type="checkbox"/> Pareja actual	<input type="checkbox"/> Amigo
<input type="checkbox"/> Ex pareja	<input type="checkbox"/> Conocido
<input type="checkbox"/> Familiar, pariente	

- El autor de los hechos convive con la mujer
- Fueron varios autores<sup>9</sup>

Con relación a la toma de muestras médico-forenses y la denuncia de los hechos:

- La mujer consiente/quiere que le tomen muestras médico-forenses.
- La mujer ya ha denunciado el suceso en dependencias policiales/guardia civil.
- La mujer desea formalizar denuncia después de ser atendida en urgencias de hospital.
- La situación clínica de la mujer no permite saber su deseo de formalizar denuncia por<sup>10</sup> .....

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

FIRMA<sup>12</sup>

(ANVERSO)

ILMO SR. /SRA. MAGISTRADO/JUEZ DE GUARDIA



## ACLARACIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME

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

- (1) El teléfono que aquí se refleje debe ser el de contacto con el profesional que emite el IASU.
- (2) Indicar, con precisión, el lugar donde se produce la asistencia (lugar a donde debe acudir el médico forense).
- (3) Indicar nombre completo y dos apellidos.
- (4) Indicar calle, avda., plaza..., número y piso, municipio y código postal donde, en la actualidad, viva la mujer.
- (5) Indicar el tipo de documento que ha servido para identificar a la mujer: DNI, NIF, NIE, Pasaporte, Permiso de conducir, otros (en este caso, especificar el documento aportado).
- (6) En este espacio se debe **transcribir literalmente (con sus propias palabras) el relato de la mujer víctima** y con arreglo a él y al cuadro clínico que presente, especificar el tipo de agresión sexual ocurrido, según las siguientes tipologías no excluyentes:
  - Penetración (coito) anal, vaginal y/o bucal.
  - Introducción de miembros corporales (excluido el pene) u objetos por vía vaginal y/o anal.
  - Cunnilingus, tocamientos, mordeduras.
  - No especificada.
- (7) **Código VISEM**  
La activación de este código supone la movilización y coordinación de los diferentes dispositivos sanitarios hospitalarios y extrahospitalarios implicados en la asistencia sanitaria urgente a una mujer que ha sufrido un episodio de agresión sexual por parte de un hombre, según un protocolo que establece el procedimiento a seguir.
- (8) En los casos en que ya se haya producido la denuncia en dependencias policiales, solo se señalará la cuadrícula que corresponda a dicha circunstancia.
- (9) Señalar esta casilla cuando la agresión sexual haya sido perpetrada por más de un hombre, especificando la relación de cada uno de ellos con la víctima.
- (10) En este espacio **se debe exponer el tipo de situación clínica** que impide saber, en el momento en que se desarrolla la atención sanitaria urgente, si la mujer víctima tiene deseo de interponer denuncia (bajo nivel de consciencia, incapacidad psíquica por estado de shock, gravedad clínica...).
- (11) Fecha.
- (12) La firma corresponde al facultativo que realiza el comunicado al juzgado.

(REVERSO)



## ANEXO 3

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

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

#### Listado de material

1. Hisopos estériles, sin medio de cultivo, preferiblemente en envase de papel (si hay disponibilidad).
2. Sobres de papel de tres tamaños, uno de ellos grande que puede ser sustituido por una bolsa de papel.
3. Bolsas de papel para prendas de ropa.
4. Etiquetas adhesivas.
5. Folders de plástico.
6. Bateas desechables (depósito de muestras hasta su embalaje).
7. Botes para orina/lavado vaginal 100-120 ml.
8. Suero fisiológico.
9. Botes para sangre con EDTA (sistema vacutainer o similar); dispositivo para la extracción.
10. Botes para sangre FNa/oxalato.
11. Botes de diversos tamaño tipo Duquesa.
12. Jeringuillas con sonda acoplada 50 ml. (lavado vaginal).
13. Ropa interior desechable.
14. Nevera con cerradura (para muestras ante sospecha de sumisión química).
15. Cámara fotográfica.
16. Peines y cortaúñas.

## ANEXO 4

### MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS Y OTRAS EVIDENCIAS POR PERSONAL FACULTATIVO SANITARIO EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL (1)

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI/NIE, \_\_\_\_\_ (si es una mujer con discapacidad con medidas de apoyo, añadir los datos de su persona de apoyo/representante legal) (2).

#### 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 comprendo dicha información, que puedo revocar mi consentimiento para la totalidad y/o para cualquiera de las fases del reconocimiento y la toma de muestras y evidencias (3), 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 mujer a la que se practicará la exploración (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(1) Modelo basado en el propuesto por el Ministerio de Sanidad para el SNS.

(2) 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.

(3) Toda mujer 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 mujer explorada (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## ANEXO 5

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

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

#### NOTA:

Si el envío para análisis microbiológico se va a retrasar más de 24-48 horas, las muestras **podrán ser congeladas** (temperatura recomendada, -70° C), manteniéndose la cadena de frío durante todo el tiempo de almacenaje y transporte. Si no se puede garantizar la cadena de frío, es mejor conservar las muestras refrigeradas a una temperatura constante (evitar congelar y descongelar las muestras).

## ANEXO 6

### FORMULARIO DE RECOGIDA DE MUESTRAS EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL CONTRA LA MUJER (CADENA DE CUSTODIA – 1ª PARTE)

(Este formulario va en el interior del envase terciario)

#### DATOS DE LA MUJER AGREDIDA

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>SEXO AL NACIMIENTO:</b>	<b>SEXO REGISTRAL (si es diferente):</b>
<b>DNI/NIE:</b>	<b>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (NHC) / CIPA</b>

#### RELACIÓN DE MUESTRAS RECOGIDAS (Señalar con una X las que procedan)

MUESTRA	Nº DE HISOPOS	LOCALIZACIÓN
Con fines toxicológicos		
<input type="checkbox"/> Sangre		
<input type="checkbox"/> Orina		
Otras (especificar)		
Para acreditación de la violencia sexual		
<input type="checkbox"/> Toma bucal		
<input type="checkbox"/> Lavado bucal		
<input type="checkbox"/> Toma superficie corporal		
<input type="checkbox"/> Vello púbico		
<input type="checkbox"/> Toma perianal		
<input type="checkbox"/> Toma anal/rectal		
<input type="checkbox"/> Toma uretral		
<input type="checkbox"/> Toma genitales externos		
<input type="checkbox"/> Toma vaginal		
<input type="checkbox"/> Toma cervical		
<input type="checkbox"/> Lavado vaginal/genital		
<input type="checkbox"/> Hisopos de uñas		
<input type="checkbox"/> Corte de uñas		



**OTRAS MUESTRAS/EVIDENCIAS RECOGIDAS (especificar)**

--

**OTROS DATOS DE INTERÉS**

<b>FECHA DE OBTENCIÓN DE LAS MUESTRAS/EVIDENCIAS:</b>
<b>HOSPITAL DE PROCEDENCIA:</b>
<b>ESTUDIO SOLICITADO:</b>

## ANEXO 7

### FORMULARIO DE EMPAQUETADO Y ENVÍO DE MUESTRAS EN CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL CONTRA LA MUJER (CADENA DE CUSTODIA – 2ª PARTE)

(Este formulario va por fuera del envase terciario, protegido en una funda extraíble)

CADENA DE CUSTODIA	Extracción, embalaje, precintado, rotulado, transporte interno y conservación y custodia según Protocolo Código VISEM	Entregadas a transporte por: - Enfermería - Personal Técnico Laboratorio - Otros:	Transportadas por: - Transportista - Otros:	Recibidas por: - IMLCF
Fecha				
Hora				
Nombre y Apellidos				
Especialidad / cargo / puesto				
DNI /TIP / Organismo				
Firma				

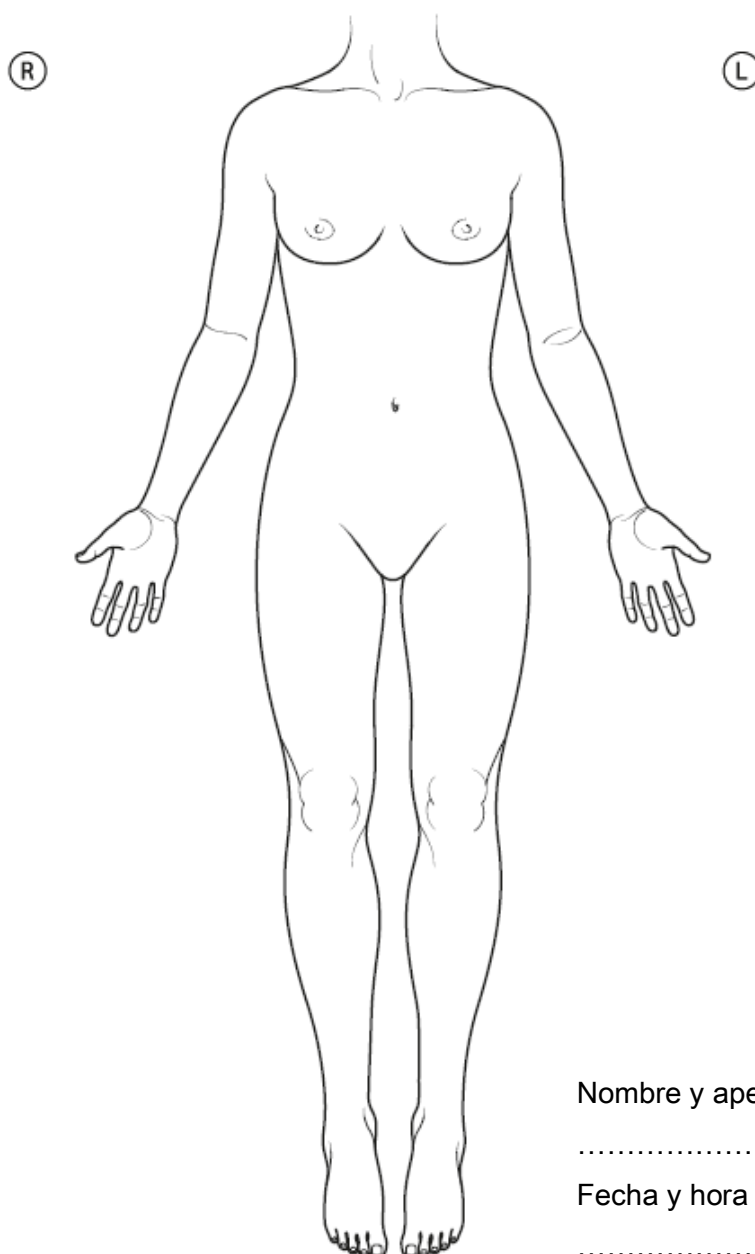
Fuente: Ministerio de Sanidad (original modificado).



## ANEXO 8

### DIBUJOS ANATÓMICOS PARA LA DOCUMENTACIÓN DEL PARTE DE LESIONES E INFORME CLÍNICO DE MUJERES QUE HAN SUFRIDO AGRESIÓN SEXUAL (1)

Vista anterior del cuerpo de una mujer "cis"



Nombre y apellidos de la mujer:

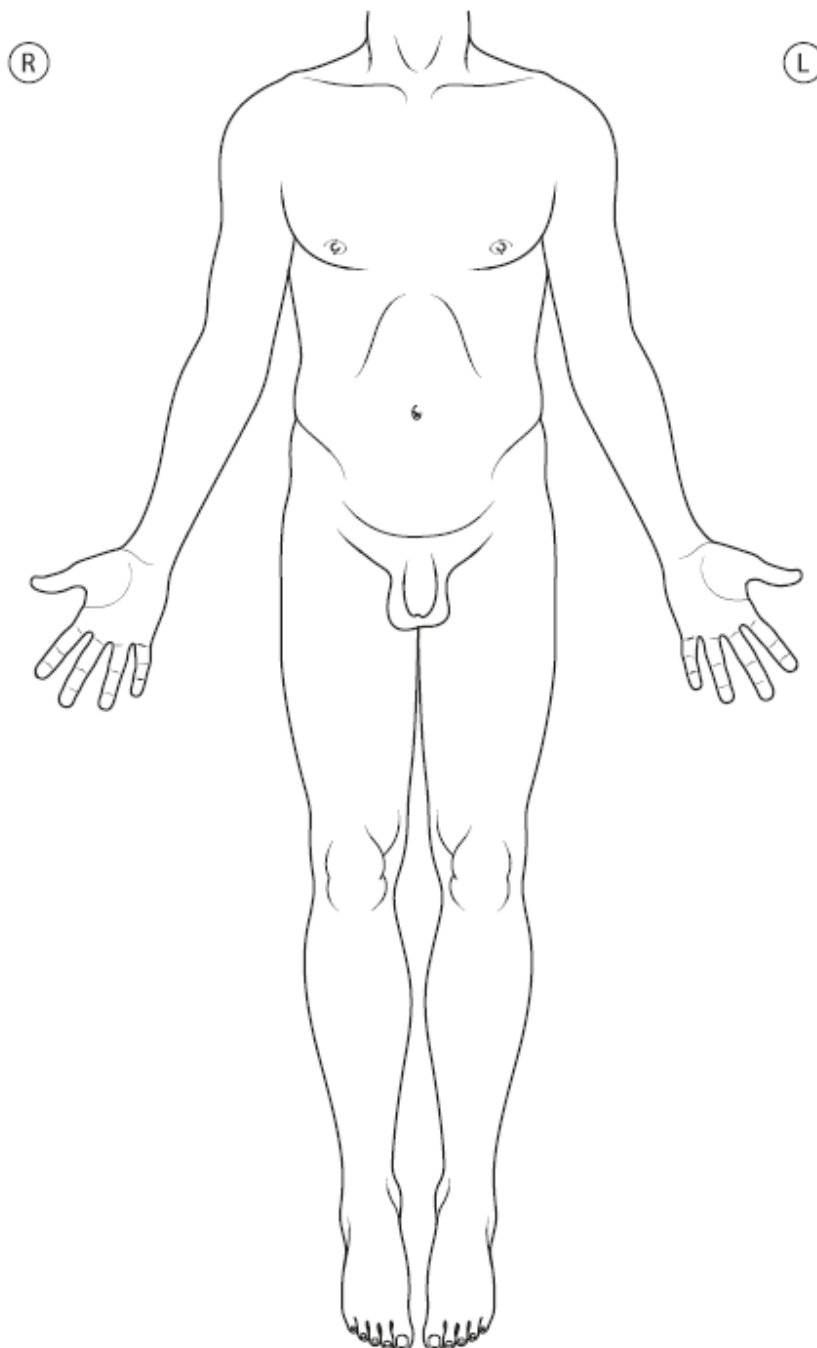
.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

(1) Fuente: JJ Payne-James. Anatomical drawings for the documentation of torture and ill-treatment. Istanbul Protocol. 2019

Vista anterior del cuerpo de una mujer "trans", con genitales externos masculinos



Nombre y apellidos de la mujer:

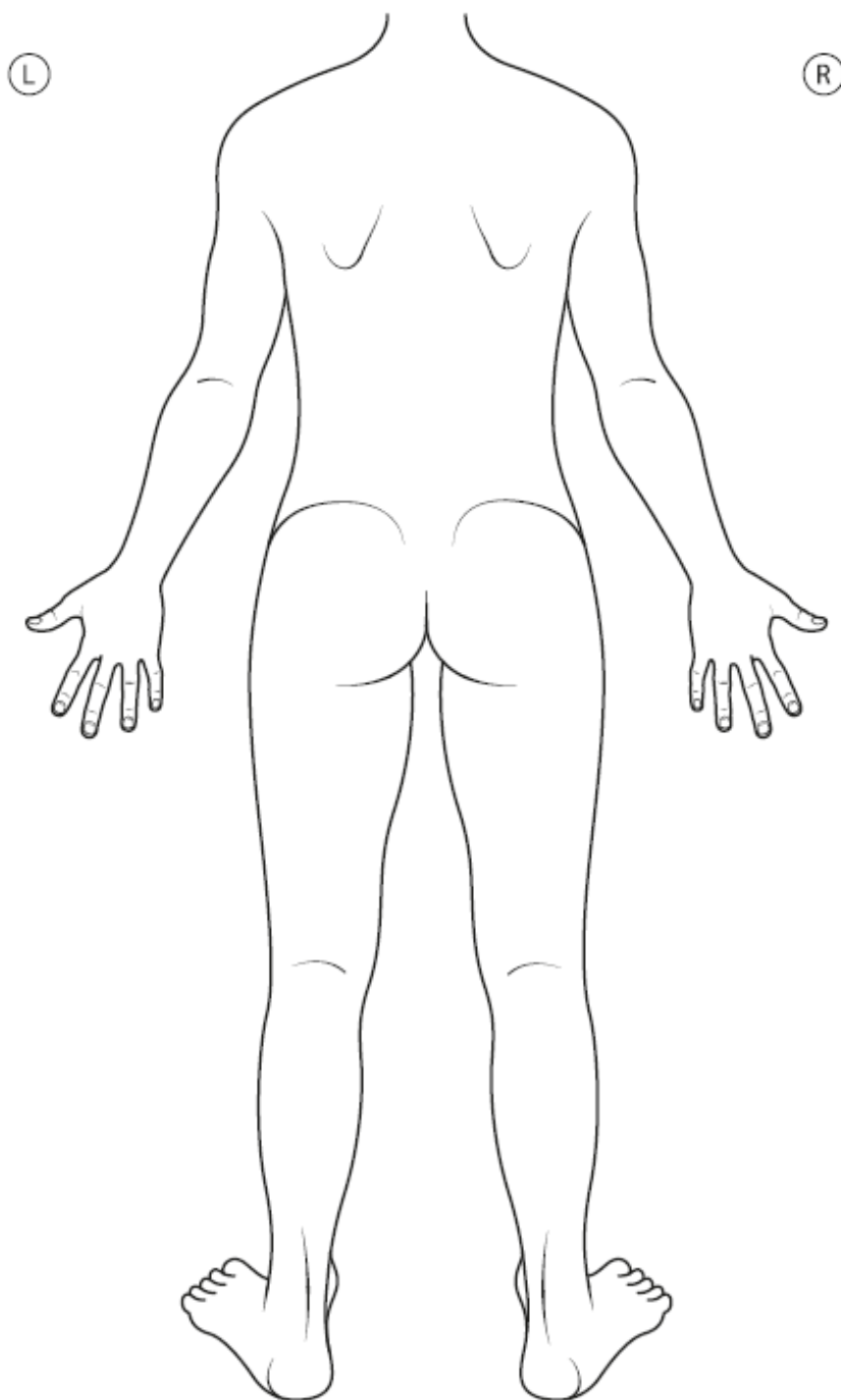
.....

Fecha y hora del examen físico:

.....



Vista posterior del cuerpo



Nombre y apellidos de la mujer:

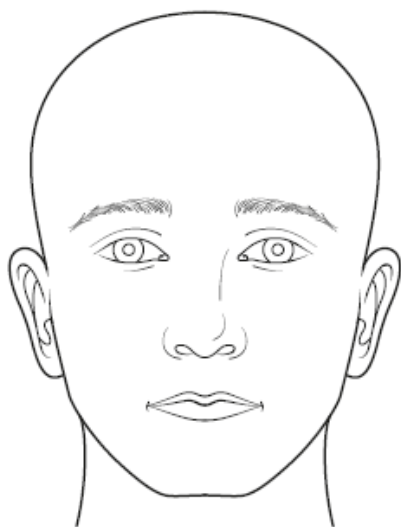
.....

Fecha y hora del examen físico:

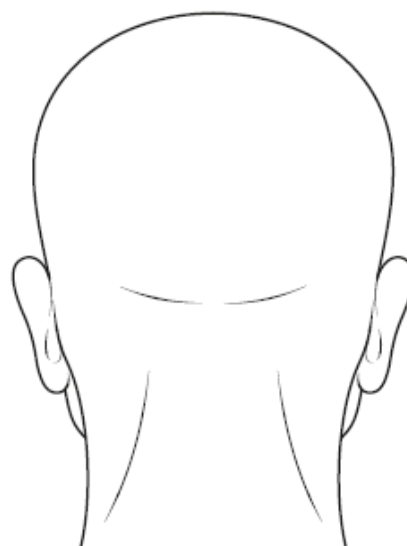
.....



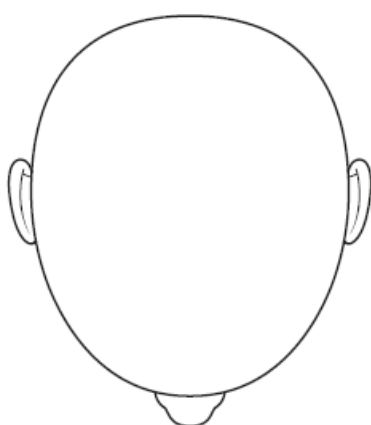
Vista anterior de la cabeza



Vista posterior de la cabeza



Vista superior de la cabeza



Nombre y apellidos de la mujer:

.....

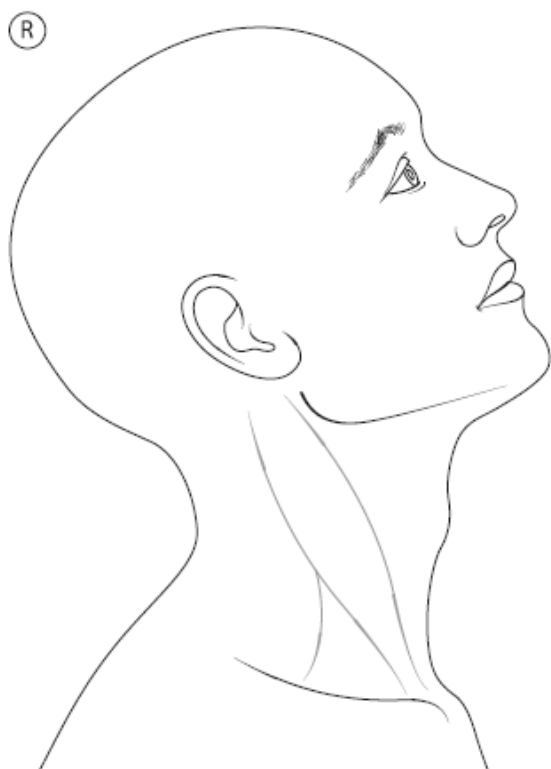
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista lateral izquierda de la cabeza



Vista lateral derecha de la cabeza



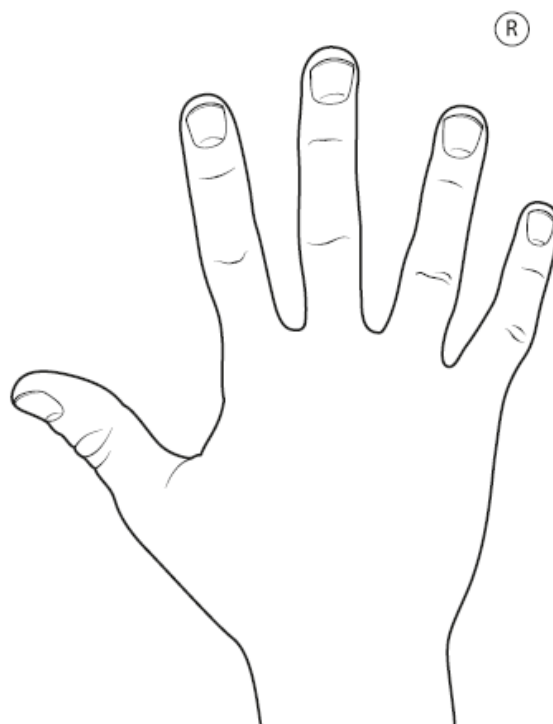
Nombre y apellidos de la mujer:

.....

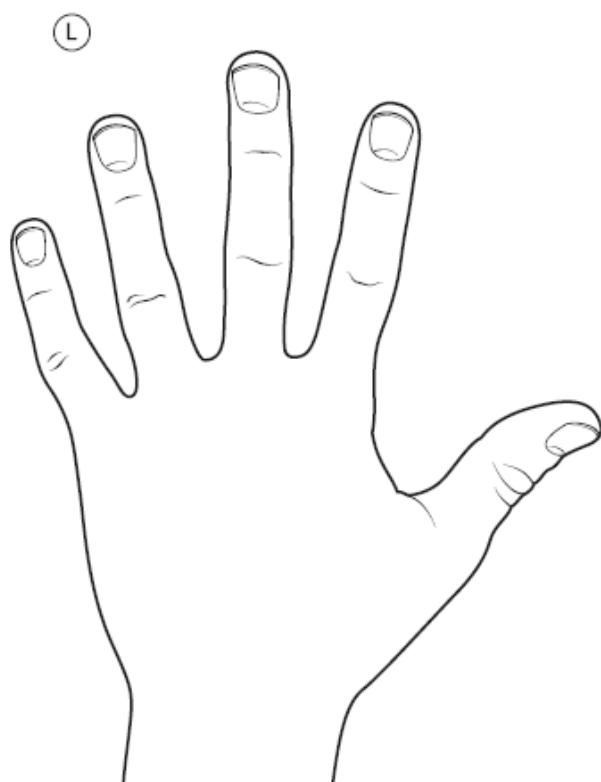
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista dorsal de la mano derecha



Vista dorsal de la mano izquierda



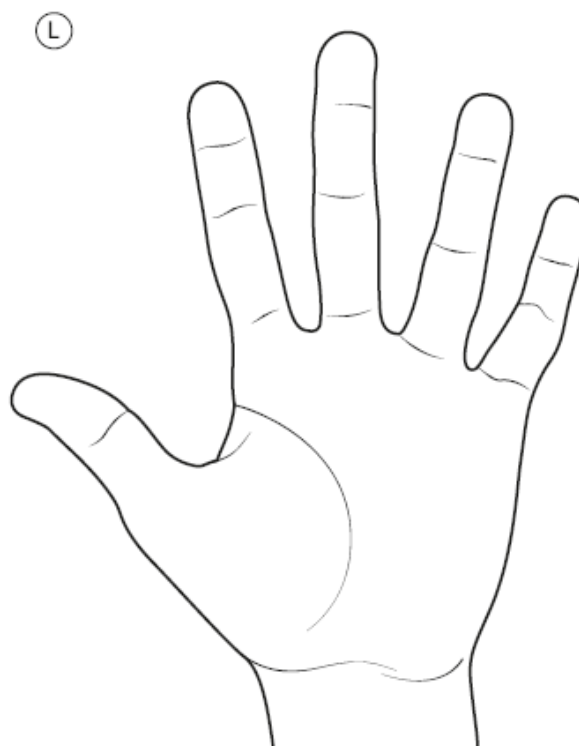
Nombre y apellidos de la mujer:

.....

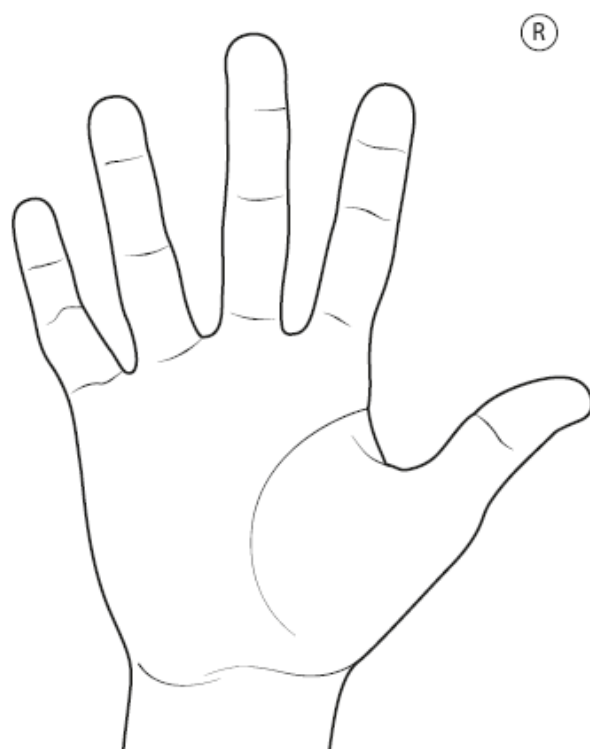
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista palmar de la mano izquierda



Vista palmar de la mano derecha



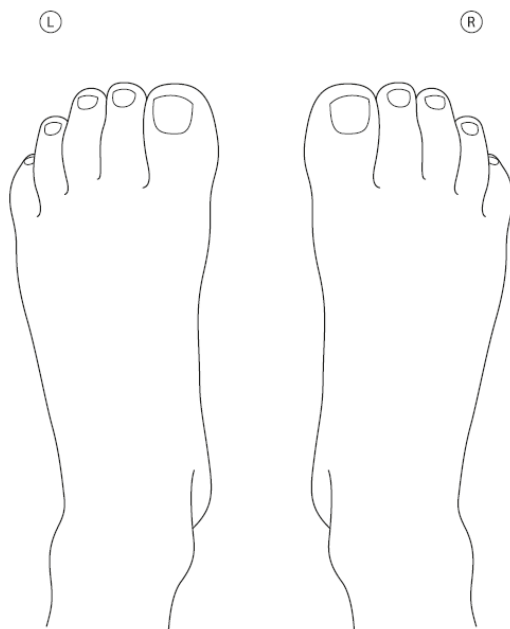
Nombre y apellidos de la mujer:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista dorsal de los pies



Vista plantar de los pies



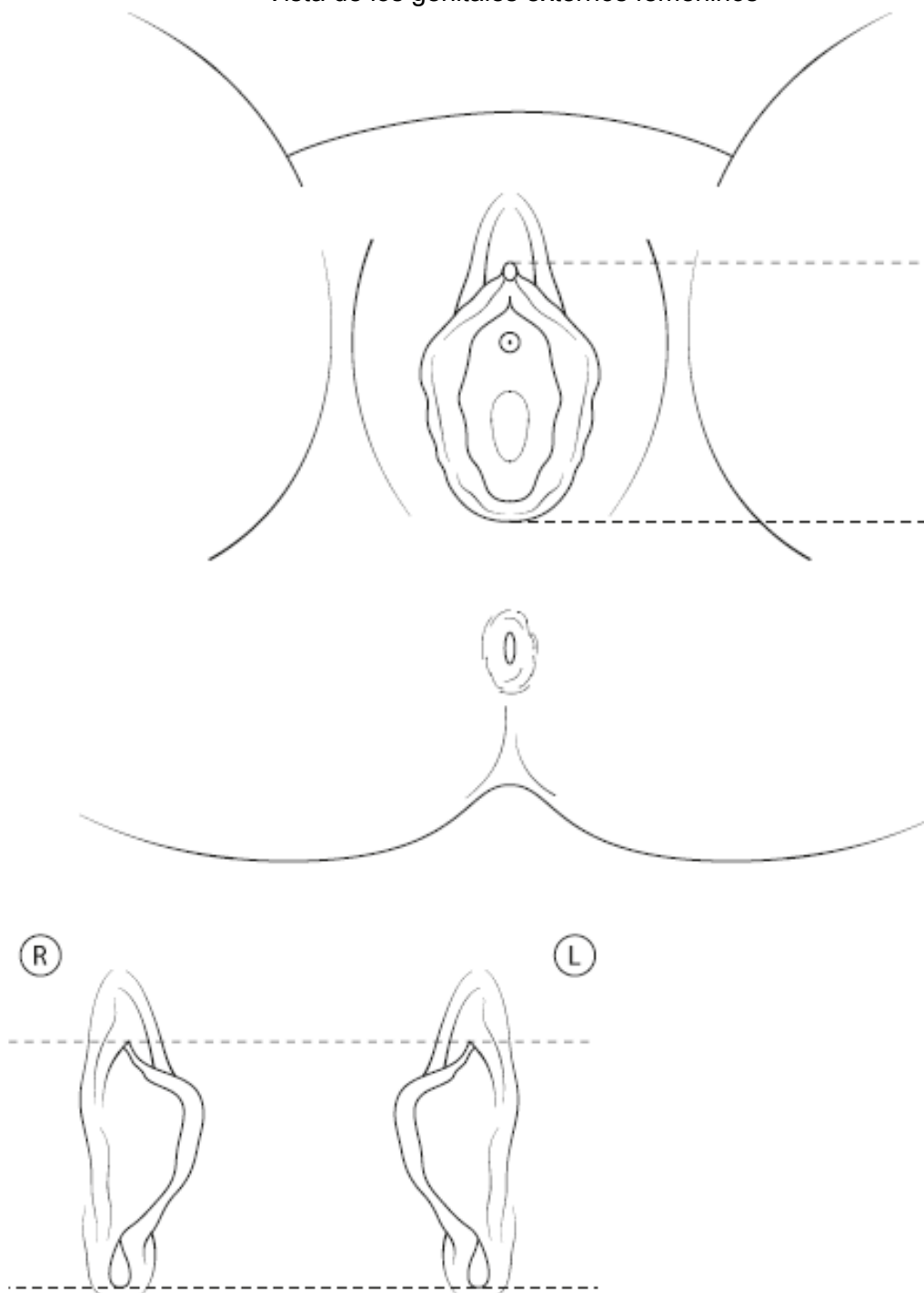
Nombre y apellidos de la mujer:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista de los genitales externos femeninos



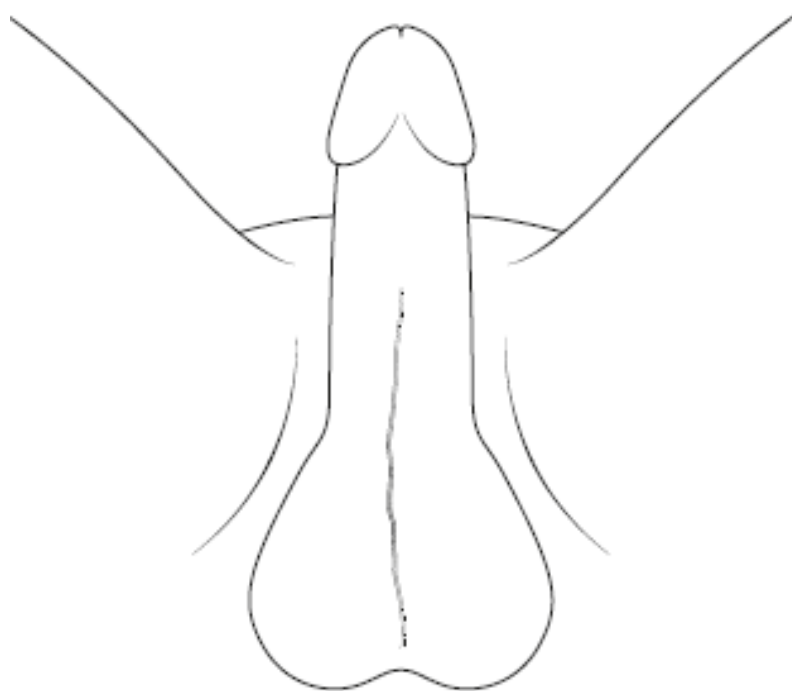
Nombre y apellidos de la mujer:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista de los genitales externos masculinos  
(mujeres "trans" sin reasignación quirúrgica de sexo)



Ⓡ



Ⓛ



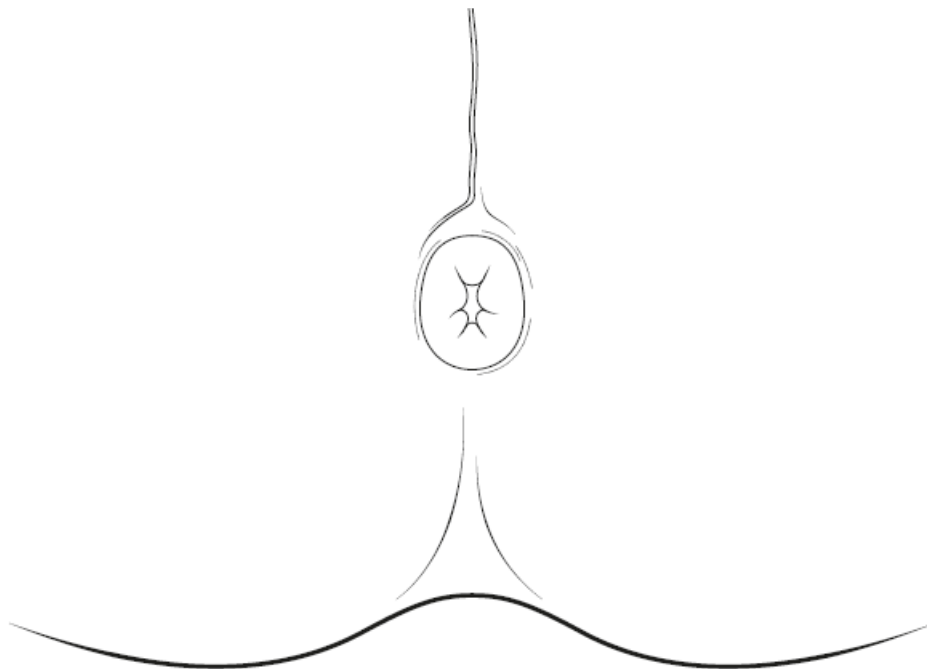
Nombre y apellidos de la mujer:

.....

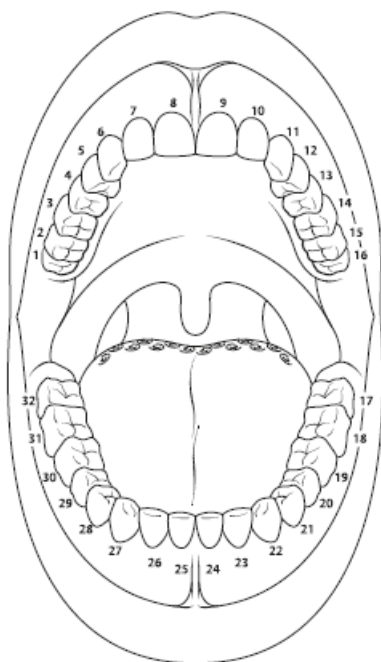
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista del ano



Vista de la cavidad oral



Nombre y apellidos de la mujer:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....



## ANEXO 9

### DOCUMENTO A ENTREGAR EN TRIAJE: ATENCIÓN EN URGENCIAS A MUJERES QUE HAN SUFRIDO UNA AGRESIÓN SEXUAL

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

- **Va a estar en un lugar donde en todo momento ESTÁ GARANTIZADA SU SEGURIDAD E INTIMIDAD**
  - Se le facilitará una sala de espera acondicionada para tal fin.
  - Si da su consentimiento, se avisará telefónicamente a un servicio especializado en la atención a víctimas de violencia sexual (**Centro de Crisis 24 h**) para que reciba orientación, apoyo y asesoramiento.
- **PODRÁ ESTAR ACOMPAÑADA POR LA PERSONA QUE USTED DECIDA**
- **Se le preguntará SI QUIERE QUE SE LE TOMEN MUESTRAS FORENSES** para que sirvan de pruebas de que se ha cometido un delito y para identificar al agresor o agresores, por si ahora o más adelante quisiera denunciar lo sucedido. **LA TOMA DE MUESTRAS ES INDEPENDIENTE DE SI SE PRESENTA O NO LA DENUNCIA.**
- También se le preguntará **SI QUIERE O TIENE INTENCIÓN DE DENUNCIAR LOS HECHOS.**

**LA AGRESIÓN SEXUAL ES UN DELITO,  
ESTÁS EN TU DERECHO DE DENUNCIAR**

**SI QUIERE DENUNCIAR**, tiene intención de hacerlo más adelante o por ahora **NO SABE QUÉ HACER**:

- **Si da su consentimiento**, se avisará a la policía judicial, que le tomará declaración, probablemente en sus dependencias.
- **Si NO da su consentimiento** para que se avise a la policía judicial, podrá decidir si realiza o no la denuncia **más adelante**, en dependencias policiales o de la guardia civil. Si es mayor de edad y no denuncia, no se investigará el delito ni se perseguirá al agresor o agresores.

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

- **No se dará aviso a la policía judicial.**
- **No se investigará el delito ni se perseguirá al agresor o agresores.**



### SI QUIERE QUE SE LE TOMEN MUESTRAS:

- **Independientemente de si denuncia o no, se informará al juzgado de guardia.** Si el juez lo considera pertinente, **enviará al médico forense** para que recoja evidencias y muestras para la investigación del delito (en mayores de edad, esta investigación se realizará solo cuando usted ponga una denuncia. Mientras eso no ocurra, las muestras se guardarán en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid). Si no acude el forense, las muestras serán recogidas por el médico de urgencias.
- Se le tomarán muestras corporales. La toma de muestras es muy importante porque aumenta las probabilidades de que si, ahora o más adelante, desea denunciar, se pueda probar la agresión sufrida e identificar al autor/autores del delito. La validez de las muestras disminuye con el tiempo, por ello **es muy importante** realizar la recogida cuanto antes y que:
  - **NO SE LAVE O LIMPIE NINGUNA PARTE DE SU CUERPO.**
  - **EVITE IR AL BAÑO** (no debe orinar, defecar ni tirar compresas, tampones o salvasalip).
  - **NO SE CEPILLE EL CABELLO NI SE CAMBIE DE ROPA.**
  - **NO TOME ALIMENTOS O BEBIDAS.**
  - **NO FUME.**

### INDEPENDIEMENTE DE SU DECISIÓN SOBRE PONER O NO UNA DENUNCIA Y DE SI QUIERE O NO QUE SE LE TOMEN MUESTRAS:

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

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

## ANEXO 10

### RELACIÓN DE HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID COMPETENTES PARA LA ASISTENCIA URGENTE A MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL (HOSPITALES VISEM)

#### Hospitales con urgencias de ginecología y psiquiatría, 24 horas, todos los días:

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

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

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



## ANEXO 11

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

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

##### Teléfono 012 Mujer

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

##### Teléfono 016

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género.

##### Teléfono 112

Emergencias de la Comunidad de Madrid.

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

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

#### Servicios de asistencia especializada (tabla 16):

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

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

- Teléfono gratuito 24 h/365 d.: 900 869 947.
- Sitio web: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Igualdad-y->

[diversidad/Direcciones-y-telefonos/?vgnextfmt=default&vgnnextchannel=ab79aaa26f535510VgnVCM100008a4a900aRCRD](https://www.madrid.es/diversidad/Direcciones-y-telefonos/?vgnextfmt=default&vgnnextchannel=ab79aaa26f535510VgnVCM100008a4a900aRCRD)

### Centro de crisis 24 horas para mujeres víctimas de violencia sexual (Comunidad de Madrid)

Centro público y gratuito en el que se prestan servicios de atención jurídica y asistencia letrada, psicológica y social a mujeres, mayores de edad, víctimas de violencia sexual y sus familiares, en su caso, durante 24 horas del día, los 365 días del año.

Se realizan intervenciones en situaciones de emergencia y de crisis, así como intervenciones de media-larga duración, de forma presencial y telemática.

Acceso al centro:

- Teléfono 900 59 93 16
- Correo electrónico: [centrodecrisis24@madrid.org](mailto:centrodecrisis24@madrid.org)
- Por derivación a través del correo: [derivaciondgmujer@madrid.org](mailto:derivaciondgmujer@madrid.org) desde cualquier recurso de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid o externo a ella (Sanidad, Educación, Policía, Fiscalía, ONGs, etc.).

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

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

- Dirección y contacto: C/ Pedro Muguruza, 1, 1º. 28036 Madrid.
- Telf.: 915 340 922

### Centro Municipal de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual "Benita Pastrana" (Ayuntamiento de Madrid)

Centro público y gratuito de apertura en enero de 2023, que presta atención especializada integral, psicosocial y asesoramiento jurídico a mujeres víctimas de violencia sexual pasada o no reciente. Presta también información, apoyo y acompañamiento a familiares y personas del entorno cercano de las mujeres víctimas y supervivientes de esta violencia para facilitar sus procesos de atención y evitar su revictimización. Atiende a aquellas situaciones de violencia sexual que no requieren una atención de emergencia, prestando una atención específica a las secuelas a medio y largo plazo para la recuperación total de las víctimas.

El ámbito territorial de atención del centro son los 21 distritos del municipio de Madrid.

El centro funciona de lunes a viernes, no festivos, en horario de 9:00 a 20:00h.

- Dirección: C/ Blasco de Garay, 69, planta 4, Local 409. 28015 Madrid.
- Teléfono: 91 0600648
- Correo electrónico: [cimfas@fundacion-aspacia.org](mailto:cimfas@fundacion-aspacia.org)
- El acceso al centro se podrá producir por derivación del Centro de Crisis 24h Pilar Estébanez, por propia iniciativa de la mujer o por derivación de otros recursos generales y especializados, como la Red Municipal Contra la Trata y la Explotación Sexual, la Red Municipal Contra la Violencia de género en pareja o expareja, Servicios Sociales o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y servicios

sanitarios.

- Sitio web: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Igualdad-y-diversidad/Direcciones-y-telefonos/?vgnextfmt=default&vgnnextchannel=ab79aaa26f535510VgnVCM1000008a4a900aRCRD>

#### Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAVG 24 horas). Ayto. de Madrid.

Servicio especializado en atención de emergencia y protección a las víctimas de violencia de género, incluyendo la violencia sexual, **en el ámbito de la pareja y expareja**. Atiende en primera instancia, es dispositivo referencial de primer nivel y de acceso a otros recursos que configuran la red especializada de VG, en todo el municipio de Madrid.

- Dirección: Calle Virgen de Lluc, 101 28027 (Madrid)
- Teléfono: 900 222 100
- Correo: [savg24h@madrid.es](mailto:savg24h@madrid.es)
- Sitio web: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Igualdad-y-diversidad/Direcciones-y-telefonos/Servicio-de-Atencion-a-Mujeres-Victimas-de-Violencia-de-Genero-S-A-V-G-24-horas-/?vgnextfmt=default&vgnextoid=764157258ae5d010VgnVCM1000000b205a0aRCD&vgnnextchannel=ab79aaa26f535510VgnVCM1000008a4a900aRCRD>

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

Espacios de atención especializada constituidos para abordar la prevención de la violencia de género y la atención de las víctimas, **en el ámbito de la pareja y expareja**.

Sitio web: <https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/red-atencion-integral-violencia-genero#>

#### Oficinas de Asistencia a Víctimas de Delitos

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

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

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

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

### Centro de Intervención en Abuso Sexual Infantil (CIASI)

Centro de la Comunidad de Madrid especializado (CIASI) de intervención en abuso sexual infantil para la atención de aquellos niños, niñas o adolescentes (hasta <18 años) y sus familias que necesiten atención psicológica, social y/o jurídica.

El acceso a estos servicios se realiza por derivación de un profesional (incluidos los sanitarios) a la Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad.

- Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad  
C/ Manuel de Falla, 7. 28036 Madrid  
[ciasi@madrid.org](mailto:ciasi@madrid.org)
- Sitio web: <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/intervencion-abuso-sexual-infantil>

### Programa “No te cortes”

Programa de atención a adolescentes **menores de 18 años**, víctimas de violencia de género. Se trata de un servicio de atención integral especializada. Se ofrece atención psicológica, educativa, social y orientación jurídica según las necesidades planteadas.

- Teléfonos: 91 720 62 08/ 91 444 17 22
- [vgjovenes@madrid.org](mailto:vgjovenes@madrid.org)
- <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/no-te-cortes#>

**Tabla 18. Recursos existentes para la atención psico-social a mujeres agredidas sexualmente, según tipo de violencia sufrida y edad de la víctima, y de su zona de influencia.**

	Municipio de Madrid	Comunidad de Madrid	
	≥16 años	16-17 años	≥18 años
<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>	- Centro de Crisis 24h Pilar Estébanez - Centro Municipal Benita Pastrana	CIASI	- Centro de crisis 24h Comunidad de Madrid - CIMASCAM
<b>VIOLENCIA DE PAREJA / EXPAREJA</b>	SAVG 24 horas	Programa “No te Cortes”	PMORVG
<b>VIOLENCIA EN GENERAL</b>	Oficinas de Asistencia a Víctimas de Delitos		

# ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS

- **ADN:** Ácido desoxirribonucleico.
- **AS:** Agresión sexual.
- **CE-112:** Centro de Emergencias 112.
- **CM:** Comunidad de Madrid.
- **DG:** Dirección General.
- **EDTA:** Ácido etilendiaminotetracético.
- **FCSE:** Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Guardia Civil, Policía Nacional).
- **HG:** Hospital general.
- **HGU:** Hospital general universitario.
- **HU:** Hospital universitario.
- **IASU:** Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual.
- **IC:** Intervalo de confianza.
- **IMLCF:** Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (de la Comunidad de Madrid)
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- **LOGILS:** Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **SAMUR-PC:** Servicio de Asistencia Municipal de Urgencias y Rescates – Protección Civil.
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **SU:** Servicio de urgencias
- **SUH:** Servicio de Urgencias Hospitalario.
- **SUMMA 112:** Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid.
- **VHB:** Virus de la hepatitis B.
- **VHC:** Virus de la hepatitis C.
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- **VISEM:** Violencia sexual contra la mujer.
- **VS:** Violencia sexual.





# BIBLIOGRAFÍA

- Liz Kelly, R.** *Combating violence against women: minimum standards for support services*. Council of Europe. Strasbourg, 2008. Disponible en <https://bit.ly/2grWcZv>
- OMS.** Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS, 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2A3heaY>
- Consejería de Sanidad.** Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estudio Descriptivo de Prevalencia. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. Nº 5. Volumen 26. Septiembre-octubre 2021. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50583>
- Consejería de Sanidad.** Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. Nº 7. Volumen 28. Julio 2023. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50970>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.** *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. Colección contra la violencia de género. Documentos nº22. Disponible en: <https://bit.ly/21HCnJz>
- Consejería de Sanidad.** Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2020. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2020. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, n.º 3. Volumen 27. Mayo-junio 2022. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50708>
- Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonogo M, Zorrilla B, Pires M, Lasheras, Anes A, Lourido P, Romero I, Polo C.** Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2014. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Madrid 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. 2012. Disponible en: <https://bit.ly/2sBqNHU>
- Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Hospital Clínico San Carlos. Comisión contra la Violencia.** *Guía de Detección Clínica de la sumisión química*. 2016.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad.** *Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales*. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2sCvxwX>

- Servicio Canario de Salud.** Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. *Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria.* 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2sD9IDf>
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud.** *Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género.* 2007. Disponible en: <https://bit.ly/2M8uddE>
- Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.** *Violencia de pareja hacia las mujeres: guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios.* 2013. Disponible en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017382.pdf>
- American College of Emergency Physician.** *Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient.* 2014. Disponible en <https://bit.ly/37GTOFx>
- World Health Organization.** *World report on violence and health.* 2015. Disponible en <https://bit.ly/2kUVnID>
- World Health Organization.** *Understanding and addressing violence against women. Sexual Violence.* (2013). Disponible en <https://bit.ly/2HpnIzj>
- Lasheras Lozano, María Luisa, Pires Alcaide Marisa (coord.).** La violencia contra las Mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Documento Técnico 86. Comunidad de Madrid. Madrid; 2003. Disponible en <https://bit.ly/2zQT03B>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.** Protocolo de Actuación ante la Sospecha de Sumisión Química. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud; 2018.
- Gerencia del Área de Salud de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud), Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina de Badajoz.** *Guía de actuación en urgencias del complejo hospitalario universitario de Badajoz en casos de violencia de género.* Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Junta de Extremadura. Universidad de Extremadura. Disponible en: <https://docplayer.es/112786642-Guia-de-actuacion-en-urgencias-del-complejo-hospitalario-universitario-de-badajoz-en-caso-de-violencia-de-genero.html>
- Sánchez Movellán, M et al.** *Violencia Contra las Mujeres. Protocolo de Actuaciones Sanitarias ante los Malos Tratos.* 2.ª ed. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2007.
- Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SOMaMFyC).** *Parte de lesiones en Violencia de Género: claves prácticas para rellenarlo. Salud, Mujer y Atención Primaria.* SOMaMFyC. 2021. Disponible en: <https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/2021/07/13/parte-de-lesiones-en-violencia-de-genero-claves-practicas-para-rellenarlo/>

**JJ Payne-James.** *Annex III. Anatomical drawings for the documentation of torture and ill-treatment.* Istanbul Protocol Annexes. 2019.

**Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico.** *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses.* Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. 2021.

**Ministerio de Sanidad.** *Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual.* Ministerio de Sanidad. 2023.

**Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid.** *Procedimiento a seguir en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid en casos de asistencia médico forense a víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual.* Consejería de Presidencia, Justicia e Interior. Comunidad de Madrid. 2022.

**Ministerio de Justicia.** *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.

**Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid.** *Procedimiento del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid en relación con la recepción, aceptación y gestión de muestras que remitan los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, obtenidas en reconocimientos médico, no médico forenses, en los casos de delitos contra la libertad sexual (agresiones sexuales).* Consejería de Presidencia, Justicia, Interior. Comunidad de Madrid. 2023.

**Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS.** *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual. Anexo al Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.





**Comunidad  
de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD