

Trabajo Fin de Grado  
Grado en Medicina

# AGRESIONES Y ABUSOS SEXUALES EN BIZKAIA.

REGISTRO DE DATOS Y PROTOCOLOS.

Autor:  
Raquel Malanda Callejo  
Director/a:  
Isabel López-Abadía Rodrigo

© 2017, Raquel Malanda Callejo

## **AGRADECIMIENTOS**

La realización de este trabajo no habría sido posible sin la ayuda de mi tutora, la Dra. Isabel López-Abadía, cuya dedicación, disponibilidad y amabilidad han hecho que en muchas ocasiones las dificultades que se presentaban me hayan servido tanto para la resolución de problemas, como para aprender y formarme profesionalmente.

Debo agradecer también a todas aquellas personas que me han ayudado en la realización del trabajo, concediéndome su tiempo y resolviendo mis dudas, en especial a aquellas con las que mantuve entrevistas personales y que han sido de gran valor para el mismo, como son el Dr. Andía, Jefe de Servicio de Ginecología del Hospital de Basurto; el Dr. Rodríguez Tejedor, Jefe de Archivo del Hospital de Cruces; el Dr. Portero, Jefe de los Servicios Clínicos del Instituto de Medicina Legal en Bizkaia; el Dr. Matorras, Jefe de la Unidad de Reproducción del área de Ginecología de Cruces; el Dr. Martínez-Astorquiza, Jefe de Servicio de Ginecología de Cruces y las personas a cargo de la Supervisión y Dirección de Enfermería de este mismo hospital.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. DEFINICIÓN Y FORMAS .....	1
1.2. RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO .....	2
1.3. ESTADÍSTICAS A NIVEL INTERNACIONAL, NACIONAL Y PROVINCIAL ..	2
1.4. AGRESIONES Y ABUSOS SEXUALES .....	6
Abordaje sanitario.....	7
Abordaje legal.....	9
Formas especiales en relación a delitos sexuales .....	12
Problemas en relación con la sumisión química .....	12
Ciberacoso sexual.....	14
2. MATERIAL Y MÉTODOS .....	15
3. RESULTADOS .....	17
3.1. HOSPITAL DE CRUCES .....	19
3.2. HOSPITAL DE BASURTO .....	21
3.3. INSTITUTO VASCO DE MEDICINA LEGAL .....	25
4. DISCUSIÓN .....	27
4.1. EN CUANTO A PROTOCOLOS.....	27
Importancia global de la existencia de protocolos y capacitación de profesionales sanitarios en el manejo de las agresiones sexuales.....	27
Análisis de protocolos en España y País Vasco .....	30
Comparación de protocolos de diferentes Comunidades Autónomas .....	32
Problemática en la aplicación de los protocolos .....	33
Comparativa entre los protocolos de los hospitales estudiados .....	35
Profilaxis anti VIH post-violación .....	35
4.2. EN CUANTO A CONSERVACIÓN Y REGISTRO DE DATOS .....	37
A nivel internacional.....	37
En la Comunidad Autónoma del País Vasco.....	39
En Bizkaia .....	40
5. CONCLUSIONES .....	44
5.1. EN CUANTO A PROTOCOLOS.....	44
5.2. EN CUANTO A CONSERVACIÓN Y REGISTRO DE DATOS .....	44
6. RECOMENDACIONES.....	45
7. BIBLIOGRAFÍA .....	46

## 1. INTRODUCCIÓN

El tema central de este trabajo es la violencia sexual y la forma de actuación de los médicos frente a la misma, el grado de conocimiento de los protocolos disponibles, su prevención, la colaboración con otros agentes sociales... Es un tema extraordinariamente amplio, que afecta a muchas esferas de la vida y que con mucha frecuencia se asocia a la violencia contra las mujeres en su abordaje. En las agresiones y abusos sexuales las víctimas no son exclusivamente femeninas, pero sí la mayor parte de las veces y de ahí viene su relación con la violencia de género y la llamada violencia contra las mujeres.

Antes de entrar en materia, vamos a intentar delimitar lo que entendemos por violencia sexual ejercida sobre las mujeres.

### 1.1. DEFINICIÓN Y FORMAS

La violencia sexual se define como “todo acto de naturaleza sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”<sup>1</sup>.

Según esta definición, una gama muy amplia de comportamientos, desde la violación mediante el uso de armas, hasta la coacción para la obtención de sexo bajo amenaza de despido se clasificaría como un acto de violencia sexual<sup>2</sup>.

Se incluyen por tanto dentro de esta definición, las agresiones y los abusos sexuales contra las mujeres, tema en que nos vamos a centrar, además de otros comportamientos.

Esta forma de violencia, que supone a día de hoy un problema social de enorme magnitud debido, entre otras, a su incidencia en nuestra población y a la gravedad de las secuelas tanto físicas como psíquicas producidas en las víctimas<sup>3</sup> radica en la desigualdad entre mujeres y hombres que ha asumido la sociedad a lo largo de los tiempos y sobre la que se asienta nuestro modelo de organización social actual. Además, para ponerle fin es fundamental que todas y todos los profesionales que actúan en este ámbito, ya sea personal sanitario, policial, judicial, de los servicios

sociales, de la abogacía, de la educación, etc., conozcan perfectamente cómo deben actuar ante estos casos y cómo han de coordinarse con el resto de instituciones<sup>4</sup>.

## **1.2. RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

Se entiende por Violencia contra las mujeres “todo acto de violencia por razones de sexo que tenga como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”<sup>5</sup>.

Y por Violencia de Género aquella que “como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”<sup>6</sup>.

Por tanto, el primer término abarca muchas formas de violencia, incluida la violencia de género y las formas de violencia sexual perpetradas por desconocidos. A su vez, todas las formas de violencia de género guardan relación entre sí, tienen una continuidad entre ellas y todas tienen relación con el mantenimiento de ese dominio del hombre sobre la mujer.

Por su parte, la violencia sexual no es un fenómeno biológicamente inevitable, sino un fenómeno socialmente generado por una cultura que asocia masculinidad con agresión y dominio sexual. Las agresiones sexuales, el acoso sexual en el trabajo o las violaciones no se entienden sin la ideología patriarcal de desprecio e inferioridad de las mujeres. La agresión sexual por tanto se convierte en un mecanismo de refuerzo de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Además, es a menudo una de las prácticas más habituales y menos conocidas de la violencia de género<sup>5</sup>.

## **1.3. ESTADÍSTICAS A NIVEL INTERNACIONAL, NACIONAL Y PROVINCIAL**

Todos los informes y estudios, tanto de ámbito nacional como internacional, reiteran los altos índices de prevalencia de la violencia contra las mujeres.

Según el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un estudio realizado en el año 2013 acerca de la prevalencia de la violencia a nivel mundial se encontró que globalmente el porcentaje de violencia física y/o sexual por parte de la pareja (entre las mujeres que la habían tenido alguna vez) fue del 30%, con una variación notable entre las diferentes regiones estudiadas y siendo en el caso de Europa algo más baja que en el resto del mundo, pero aún así llegando a ser del 23-25%.

En la **figura 1 y tabla 1** se puede ver como en las regiones con un mayor nivel de desarrollo socioeconómico (con un punteado) la prevalencia es menor que en el resto.

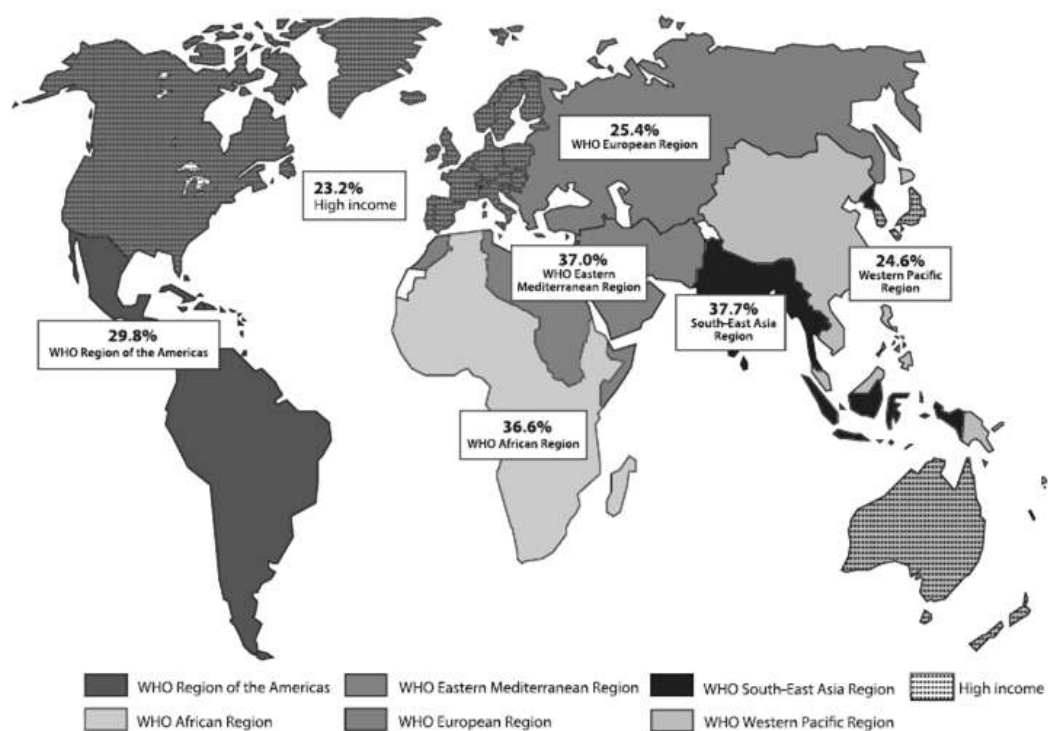


Figura 1. Mapa mundial en el que se muestra la prevalencia de violencia de género por regiones.

**Tabla 1. Prevalencia mundial de violencia física y/o sexual efectuada por la pareja por región.**

REGIÓN	PREVALENCIA	IC 95%
<b>Regiones de medio-bajo ingreso:</b>		
- África	36,6%	32,7-40,5
- América	29,8%	25,8-33,9
- Mediterráneo Este	37%	30,9-43,1
- Europa	25,4%	20,9-30,0
- Asia	37,7%	32,8-42,6
- Pacífico Oeste	24,6%	20,1-29
<b>Regiones de alto ingreso</b>	<b>23,2%</b>	<b>20,2-26,2</b>

Por otro lado, a nivel mundial, el 7,2% de las mujeres reconocieron haber experimentado alguna vez violencia sexual perpetrada por un desconocido, es decir, violencia sexual no asociada a la pareja. Igualmente hubo variaciones en las distintas regiones estudiadas, como vemos en la **Tabla 2**.

**Tabla 2. Prevalencia mundial de violencia sexual no ejercida por la pareja por región.**

REGIÓN	PREVALENCIA	IC 95%
<b>Regiones de medio-bajo ingreso:</b>		
- África	11,9%	8,5-15,3
- América	10,7%	7,0-14,4
- Mediterráneo Este	-	-
- Europa	5,2%	0,8-9,7
- Asia	4,9%	0,9-8,9
- Pacífico Oeste	6,8%	1,6-12
<b>Regiones de alto ingreso</b>	<b>12,6%</b>	<b>8,9-16,2</b>

La diferencia entre ambos estudios podría deberse a que si bien ambas formas de violencia siguen siendo estigmatizadas en multitud de países, en muchos lugares la violencia sexual lo está aún más, a causa de los sentimientos de culpa y vergüenza por parte de las propias víctimas y a que la divulgación puede incluso poner en riesgo la vida de las mujeres.

Por último, la **Tabla 3** muestra, sin distinción entre la persona que ejerce el delito, el porcentaje de mujeres que refieren haber sufrido algún tipo de violencia sexual, el cual se estima entre un 45% en regiones de África y un 27% en Europa<sup>7</sup>.

**Tabla 3. Prevalencia mundial de violencia física y/o sexual ejercida por la pareja o violencia sexual no ejercida por la pareja en mujeres mayores de 15 años por región.**

REGIÓN	Prevalencia mundial de violencia física y /o sexual ejercida por la pareja o violencia sexual no ejercida por la pareja
<b>Regiones de medio-bajo ingreso:</b>	
- África	45,6%
- América	36,1%
- Mediterráneo Este	36,4%
- Europa	27,2%
- Asia	40,2%
- Pacífico Oeste	27,9%
<b>Regiones de alto ingreso</b>	<b>32,7%</b>

En resumen, cuando se estudia sistemáticamente, queda claro que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública mundial que afecta a aproximadamente a un tercio de las mujeres en todo el mundo. Y desde la OMS manifiestan que es necesario emprender acciones y que el sector de la salud tiene un papel especialmente importante considerando los graves riesgos para la salud de las mujeres víctimas y sus familias: “Es importante que todos los proveedores de servicios de salud entiendan la relación entre la exposición a violencia y la mala salud de las mujeres, y puedan responder apropiadamente”.

A escala nacional, en el Anuario estadístico del Ministerio del Interior, donde se registran los datos derivados del Sistema Estadístico de Criminalidad (SEC), que recoge las actuaciones policiales a partir de las que se sucede la instrucción de atestados con el fin fundamental de obtener un conocimiento de la realidad criminal de nuestro país, vemos los datos reflejados en la **Tabla 4**, con fecha de última revisión a Noviembre de 2016:



Tabla 4. Victimizaciones (número de hechos denunciados) por violencia sexual en el territorio español durante 2015-2016.

AMBOS SEXOS	2015	2014	2013	2012	2011
Total	8.125	8.303	7.830	7.889	8.597
Agresión sexual con penetración	909	889	999	1.000	1.168
Corrupción de menores o incapacitados	502	506	407	327	335
Pornografía de menores	185	199	181	89	109
Otros contra la libertad e indemnidad sexual	6.529	6.709	6.243	6.473	6.985

% MUJERES	2015	2014	2013	2012	2011
Total	84,1%	83,9%	84%	86,1%	86,6%
Agresión sexual con penetración	91%	91,2%	91,2%	92,6%	93,8%
Corrupción de menores o incapacitados	69,5%	58,3%	59,2%	68,2%	61,8%
Pornografía de menores	50,8%	61,9%	62,8%	52,8%	47,1%
Otros contra la libertad e indemnidad sexual	85,2%	85,5%	85,1%	86,5%	87,2%

En España se han producido en los últimos 5 años una media aproximada de 8.000 delitos anuales contra la libertad sexual, siendo en el 85% de los casos las víctimas mujeres. Y tan solo se reduce este porcentaje en aquellos casos en los que el delito atañe a personas menores de edad o incapacitadas<sup>8</sup>.

#### 1.4. AGRESIONES Y ABUSOS SEXUALES

Desde la última reforma del Código Penal (CP), desarrollada más adelante, por agresión sexual se entiende “toda conducta sexual no consentida, con violencia o intimidación”, y por abuso sexual “toda conducta sexual no consentida carente de violencia o intimidación”. Ambas formas de violencia sexual se centran en la ausencia de consentimiento por parte de la víctima que lo sufre y su principal diferencia radica en el empleo de violencia por parte del agresor en el caso de las agresiones y también en la validez del consentimiento otorgado, ya que los abusos sexuales implican la no capacidad de la víctima para prestar un asentimiento válido para que ocurra una relación sexual simétrica entre personas, encontrándose múltiples circunstancias que lo deriven, como son la edad, el parentesco, la vulnerabilidad psíquica, la intoxicación o la sumisión química, entre otras<sup>9</sup>.

### 1.4.1. Abordaje sanitario

“Independientemente de las circunstancias, los trabajadores de la salud que entran en contacto con las víctimas de violencia sexual son fundamentales para el reconocimiento y la respuesta a los casos individuales de agresión sexual. Estas víctimas requieren una atención integral y sensible para hacer frente a las consecuencias en la salud física y mental que una agresión sexual puede provocarles”<sup>2</sup>.

Como manifiesta la OMS, los profesionales de la salud son un integrante fundamental en el abordaje de cualquier caso de violencia sexual, y lo son tanto a nivel físico como emocional y psicológico para la víctima.

Según esta guía, hay unas premisas que deben cumplirse donde quiera que se esté prestando un servicio sanitario para víctimas de violencia sexual:

- En primer lugar, la salud y el bienestar de la paciente es la principal prioridad.
- Los trabajadores de la salud deben recibir una formación especial en la prestación de servicios a las víctimas de violencia sexual y también deben tener una buena comprensión de los protocolos, normas y leyes locales aplicables al ámbito de la violencia sexual.
- Debe haber una relación constructiva y profesional con el resto de profesionales que tratan y asisten a la víctima o investigan el crimen. La conexión en red con otros proveedores de servicios puede ayudar a asegurar una atención integral.
- Los trabajadores de salud deben estar libres de prejuicios y mantener altos estándares éticos en la provisión de estos servicios.
- En algunos lugares, los servicios sanitarios y médico-legales se prestan en diferentes momentos, en diferentes lugares y por personas diferentes. Este proceso es ineficaz, innecesario y, lo que es más importante, impone una carga injustificada a la víctima. Lo ideal es que los servicios médico-legales y de salud sean simultáneos.
- Se deben respetar los cuatro principios básicos en los que se basa la Medicina: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia<sup>2</sup>.

Por otro lado, existe un Protocolo común para la actuación sanitaria ante un posible caso de agresión sexual elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad en el año 2012, en el que se reflejan las actuaciones generales dependientes de los profesionales médicos cuando se presenta un caso de este tipo. Se pueden resumir en:

- Recogida inicial de datos, anamnesis y antecedentes personales.
- Solicitar la actuación de un Médico Forense (MF), a través del Juzgado de Guardia, y colaborar en su trabajo.
- Valoración del estado general físico y psíquico.
- Exploración física y ginecológica (deben reducirse al menor número posible los impactos psíquicos que sufra la mujer tras la agresión. Por eso, no sólo está justificado, sino que es recomendable que la evaluación ginecológica y la médico-forense se realicen en un solo acto, con independencia entre ellas pero procurando que no se precisen nuevos reconocimientos).
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual. Puede ser necesaria la toma de muestras de la cavidad anal o bucal en función del tipo de agresión sufrida.
- Petición de analítica sanguínea.
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas.
- Asistencia psicológica.
- Prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluida la profilaxis post-exposición frente al VIH.
- Profilaxis del embarazo.
- Emisión del parte de lesiones.
- Informar a la víctima de las implicaciones legales de lo sucedido, así como de la red de recursos y dispositivos sociales que están a su alcance.
- Derivación a/y coordinación con atención primaria y trabajo social, asegurando la atención psicológica, social y jurídica de la mujer, según la organización y recursos propios de su CC.AA. o provincia<sup>10</sup>.

Un asunto del que se está tomando conciencia recientemente, como vemos en la guía de actuación arriba descrita del año 2012 y que no se contemplaba en el protocolo previo del año 2007, es la denominada “Victimización secundaria”, término empleado para designar la situación de muchas mujeres ante el sistema penal que a

menudo sufren daños que se originan en el propio sistema de justicia<sup>5</sup>. Y que también podemos definir como “la acción iatrogénica de los operadores jurídicos, médicos y asistenciales”. Se trata por tanto de una acción lesiva no voluntaria pero si controlable, asociada a la investigación del delito<sup>9</sup>.

Al igual que en el protocolo nacional, también se encuentra contemplada en el II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual del año 2009, en uno de sus principios generales de actuación: “Se tratará de evitar al máximo la victimización secundaria de las mujeres que han sufrido la violencia a que se refiere el presente Protocolo, reduciendo al mínimo las molestias de las víctimas derivadas de las intervenciones de diferentes profesionales e instituciones”<sup>4</sup>.

#### **1.4.2. Abordaje legal**

Tanto la imposición violenta como intimidatoria de sexo provocan un daño en la salud física y psíquica de la víctima, el cual deriva en una lesión (entendida como toda alteración física o psicológica ocasionada por agentes externos e internos). Y éstas penalmente pueden ser calificadas como delitos o, según una actualización del CP en 2015, delitos leves (anteriormente denominados como “faltas”) cuya diferencia radica en la necesidad o no de tratamiento médico o quirúrgico tras una primera asistencia facultativa, respectivamente<sup>9</sup>.

Bajo esta premisa quedan redactados en el nuestro CP, los siguientes artículos en referencia a la violencia sexual<sup>11</sup>:

- De las agresiones sexuales:

- Artículo 178

El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual.

- Artículo 179

Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación.

– Artículo 180

Se considerarán agravantes de las anteriores conductas la concurrencia de alguna de las siguientes circunstancias:

- Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
- Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.
- Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación, salvo lo dispuesto en el artículo 183 (El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, será castigado como responsable de abuso sexual a un menor).
- Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.
- Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

▪ De los abusos sexuales:

– Artículo 181

El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual.

A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.

La misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

En todos los casos anteriores, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.

– Artículo 182

El que, interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima, realice actos de carácter sexual con persona mayor de dieciséis años y menor de dieciocho, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años.

Cuando los actos consistan en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, la pena será de prisión de dos a seis años.

Dentro de este ámbito, resulta fundamental la actuación Forense, como parte de nuestro sistema probatorio penal, la cual se dirige a construir un informe pericial de alta calidad con base científica y de metodología, que pueda responder a la petición que el juzgador considere necesaria en cada caso, y que depende única y exclusivamente de la solicitud de informe pericial efectuado por el Juez o Magistrado que entiende del caso, o por el Ministerio Fiscal actuante en el mismo.

La actuación médico-forense puede llevarse a cabo tanto a nivel hospitalario como en los Institutos de Medicina Legal (IML), en función de lo requerido en cada momento y no se centra únicamente en la valoración inicial de la víctima, sino que debe llevarse a cabo una valoración integral, que incluye una evaluación inicial con toma de muestras, la posterior evaluación psíquica de la víctima en función del caso y a su vez una valoración forense de la persona agresora.

Además, se diferencia del abordaje sanitario propiamente dicho en que al estar inmersa en el procedimiento judicial, debe aceptar la mecánica específica y circunstancias donde se desarrolla el mismo, siendo por tanto diferentes la forma de actuar en uno y otro.

En el caso concreto de las agresiones sexuales, el MF actúa por orden expresa del Juzgado de Guardia, personándose en el hospital para la realización de un reconocimiento único y conjunto con el personal sanitario del centro, a fin de

abreviar la exposición de la víctima a interrogatorios o exploraciones reiteradas innecesarias. A su vez, es conveniente que tras las primeras 24 horas del hecho se efectúe en los IML una revisión de las lesiones no genitales, por el posible afloramiento de lesiones no detectadas en el día de autos y se continúe con la evaluación de posibles lesiones o secuelas psíquicas ocasionadas por el trauma<sup>12</sup>.

### **1.4.3. Formas especiales en relación a delitos sexuales**

#### **1.4.3.1. Problemas en relación con la sumisión química**

Existe en la actualidad en nuestro entorno un incremento notable de los casos en los que el agresor se vale de la pérdida de conciencia de la víctima, ya sea por ejemplo, a través de la ingesta voluntaria de alcohol, o por el empleo de drogas de abuso de forma involuntaria en la víctima para la ejecución del delito que provocan el fenómeno denominado “sumisión química”<sup>9</sup>.

Desde la OMS aconsejan que los trabajadores de la salud sean conscientes de los signos que sugieren la violencia sexual facilitada por drogas y nos hablan de los síntomas que pueden acompañar y son más sugestivos de este tipo de abuso sexual<sup>2</sup>.

A nivel nacional, se han elaborado diferentes protocolos de actuación para poder así maximizar el rendimiento de las pruebas realizadas a la víctima, ya que en la mayoría de casos las sustancias empleadas permanecen un corto periodo en el organismo y su detección analítica es dificultosa.

Las instrucciones mencionadas a continuación fueron elaboradas por el Ministerio de Justicia en el año 2012 en respuesta al incremento del número de casos de agresiones sexuales facilitadas por alcohol o drogas.

En primer lugar, existen unas características comunes a todas estas sustancias: suelen ser insípidas, incoloras, inodoras, de acción rápida, de corta duración y causantes de efectos a dosis bajas.

Encontramos que las más frecuentemente utilizadas con estos fines son el alcohol etílico, benzodiazepinas, hipnóticos, cannabinoides, analgésicos-anestésicos (p.ej. Ketamina, Fentanilo, Escopolamina), barbitúricos, GHB, disolventes orgánicos, etc. Recientemente se ha difundido en los medios de comunicación la generalizada utilización de la Escopolamina, conocida comúnmente como "burundanga", como droga de elección para producir una sumisión química. Esto, sin embargo, no solo en

el ámbito de Bizkaia, ha sido desmentido por los servicios de laboratorio del Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML) en enero de este mismo año, indicando que no tienen registrado ni un solo caso de uso de esta sustancia en el año 2016, siendo lo habitual la combinación de alcohol con ansiolíticos y otros depresores de uso común para conseguir este efecto<sup>13</sup>.

Tipos de muestras para estudios toxicológicos en sujetos vivos:

- Muestras de elección: sangre venosa periférica (ya que la sangre es una muestra biológica que informa del consumo reciente de la sustancia y además puede permitir establecer la correlación entre la concentración y el efecto clínico), orina (que también informa del consumo reciente, pero ofrece ventanas de detección superiores a la sangre para las sustancias químicas, ya que pueden llegar a ser de varios días como en los cannabinoides y metabolitos de algunas benzodiazepinas).
- Muestras de empleo ocasional: muestras no biológicas relacionadas con el sujeto (como fármacos encontrados o recipientes), cabello y pelos (ya que éstos van incorporando las sustancias químicas presentes en la sangre a medida que crecen, y pueden ayudar en casos en los que no se realiza la toma de muestras inmediata) y en otros países se emplea también la recogida de sudor mediante parches.

Por último, recalca que un resultado negativo no implica necesariamente que no se haya administrado ninguna sustancia química, sino que puede haber desaparecido del organismo por el tiempo transcurrido, y que un resultado positivo apoya la sospecha de sumisión química, aunque habrá que tener en cuenta la anamnesis de la víctima y en general todos los informes realizados por los MF encargados<sup>14</sup>.

Asimismo existe 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”. Donde podemos encontrar aspectos más técnicos y específicos que garanticen que la recogida de muestras haya sido realizada con éxito<sup>15</sup>.



#### 1.4.3.2. Ciberacoso sexual

La legislación de nuestro país se ha visto obligada a someterse a nuevas y constantes modificaciones debido a las nuevas modalidades delictivas que propicia el uso colectivo de las nuevas tecnologías. Una de estas modalidades es el “*Child grooming*” o Ciber-acoso sexual infantil, que hace alusión a las modalidades y formas donde un adulto utiliza un conjunto de estrategias por Internet para ganarse la confianza de un menor y que tienen como objetivo obtener concesiones sexuales suyas<sup>9</sup>.

A raíz de esta práctica, se elabora el Artículo 183 ter del CP (por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (B.O.E. 31 marzo): “1. El que a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento, será castigado con la pena de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses, sin perjuicio de las penas correspondientes a los delitos en su caso cometidos. Las penas se impondrán en su mitad superior cuando el acercamiento se obtenga mediante coacción, intimidación o engaño. Y 2. El que a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas en las que se represente o aparezca un menor, será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años”<sup>11</sup>.

Y es que, al igual que el resto de modalidades sexuales delictivas, el ciber-acoso sexual es una posible causa de secuelas psíquicas, e incluso síntomas físicos a consecuencia de ello en el sujeto que las padece, ya que no existe una relación directa entre el daño sufrido y la respuesta del individuo, por lo que puede requerir un abordaje multidisciplinar en el que resulte fundamental la participación de personal sanitario.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. MATERIAL

Para la realización de la parte empírica del trabajo se realizó por una parte una recogida de datos del registro de agresiones sexuales en el Hospital Universitario de Cruces (H.U. Cruces) y en el de Basurto (H.U. Basurto), disponibles entre los años 2007-2015 y 2011-2016, respectivamente. Y un análisis de los casos catalogados como agresión sexual en las Memorias estadísticas anuales del IVML, entre los años 2007 y 2015.

Por otra parte, se recogieron los distintos protocolos disponibles en ambos Hospitales, así como el protocolo de la red Osakidetza para profesionales sanitarios y diferentes formularios pertenecientes al protocolo disponible en el IVML para la actuación forense en estos casos.

Para llevar a cabo esta recogida, no se tuvo acceso directo a Historias Clínicas de pacientes.

### 2.2. MÉTODOS

La recogida de datos del estudio se llevó a cabo desde septiembre de 2016 hasta enero de 2017, y se basó en la consulta directa de informes relativos a las sospechas de agresión sexual de la Urgencia de Ginecología en caso del H.U. Basurto, y al contacto vía correo electrónico y telefónica con el Jefe de Servicio del Archivo del H.U. Cruces, quien facilitó los registros pertenecientes al mismo.

Asimismo, se llevaron a cabo a lo largo de la recogida de datos diferentes entrevistas con personal sanitario de ambos centros para la comprobación *in situ* del conocimiento y cumplimiento real de dichos protocolos y así corroborar la fiabilidad y exactitud de los datos recogidos. Dichos profesionales fueron el Dr. Andía, Jefe de Servicio de Ginecología del H.U. Basurto, Drs. Matorras y Martínez-Astorquiza, Jefe de la Unidad de Reproducción del área de Ginecología y Jefe de Servicio de Ginecología del H.U. Cruces, respectivamente, Dirección y Supervisión de Enfermería del H.U. Cruces, Dr. Rodríguez Tejedor, Jefe de Archivo del mismo hospital y por último el Dr. Portero, Jefe de de los Servicios Clínicos del IVML en Bizkaia (Resumen en la **Tabla 5**).

Tabla 5. Resumen de actividades y entrevistas personales realizadas durante el estudio:

<b>MATERIAL</b>	Registro de agresiones sexuales	H.U. Cruces
		H.U. Basurto
		Memorias anuales del IVML
	Protocolos	H.U. Cruces
		H.U. Basurto
		IVML
<b>MÉTODOS</b>	Recogida de datos Cruces	Dr. Matorras, Jefe de la Unidad de Reproducción del área de Ginecología (entrevista el día 22 de septiembre de 2016). Dr. Rodríguez Tejedor, Jefe de Archivo (13-17 octubre de 2016).
	Recogida de datos Basurto	Dr. Andía, Jefe de Servicio de Ginecología del H. Basurto (2 entrevistas entre el 11 de noviembre y el 1 de diciembre de 2016).
	Obtención de protocolos Cruces	Dirección y Supervisión de Enfermería (entre el 24 y el 30 de septiembre de 2016). Dr. Martínez-Astorquiza Jefe de Servicio de Ginecología (entrevista el día 12 de enero de 2017).
	Obtención de protocolos Basurto	Dr. Andía, Jefe de Servicio de Ginecología del H. Basurto (2 entrevistas entre el 11 de noviembre y el 1 de diciembre de 2016).
	Obtención de protocolos del IVML	Dr. Portero, Jefe de los Servicios Clínicos del IVML en Bizkaia (16 de enero de 2017).

### 3. RESULTADOS

Puesto que la recogida de datos del trabajo se realizó en dos centros hospitalarios y en el IVML, los resultados son mostrados por separado, para luego establecer unas conclusiones en común.

Antes de ello, como punto de partida es necesario presentar un protocolo que la red de salud pública Osakidetza puso en marcha en el año 2008 para la actuación tanto en el ámbito de Atención Primaria, como Especializada y Servicios de Urgencias cuyo objetivo es “establecer unas pautas de actuación comunes en toda la Comunidad, que aseguren una atención sanitaria integral a las víctimas”<sup>16</sup>.

Como premisa, propone que es conveniente que todos los Centros Sanitarios, especialmente los Servicios de Urgencias hospitalarios, puedan disponer de una sala para atender este tipo de situaciones y así garantizar al máximo el grado de confidencialidad e intimidad.

#### PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE AGRESIÓN O ABUSO SEXUAL

##### *a) AGRESIÓN O ABUSO SEXUAL RECIENTE (menos de 72 horas):*

1. Remitir a la víctima, lo más rápidamente posible, al hospital más cercano. Es muy importante que no medien lavados ni cambios de ropa y en caso de felación, evitar en la medida de lo posible, la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.
2. El hospital se pondrá en contacto con el médico forense quien, tras obtener la autorización pertinente, acudirá al centro. Salvo en el supuesto de gravedad y riesgo vital, se esperará a que se persone. En ese tiempo de espera se acompañará constantemente a la víctima tratando de humanizar la situación en que se encuentra.

En todo caso, el médico hospitalario se dedicará a su función asistencial y el forense a la función investigadora del delito (tipo de lesiones, recogida de muestras biológicas y no biológicas...). En la medida de lo posible se explicará a la víctima la actuación que se va a llevar a cabo pidiendo su consentimiento.

3. Una vez finalizada la actuación sanitario-forense, y establecido, cuando se requiera, el tratamiento pertinente, se procederá a la cumplimentación del modelo de Parte de lesiones que figura en este protocolo.

Este Parte de lesiones incorpora los siguientes apartados:

- Datos de filiación de la víctima (nombre, edad, sexo, dirección...).
  - Historia Clínica: Exposición de los hechos que motivan la asistencia según declaración de la víctima (reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, y persona agresora si se conoce), antecedentes personales de interés en relación con las lesiones, exploración física (descripción de las lesiones: forma, tamaño o dimensiones, ubicación y aspectos descriptivos del color, siendo aconsejable la toma de fotografías previo consentimiento de la víctima), exploración ginecológica y estado emocional actual, exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento.
  - Plan de actuación y observaciones especificando, según cada caso, si se deriva a la víctima a Servicios Sociales, a Atención Primaria, a un hospital para su ingreso...
4. Una vez cumplimentado este Parte de lesiones, se hará lectura del mismo a la víctima y se remitirá a la mayor brevedad posible al Juzgado de Guardia, utilizando el modelo de "Oficio-Remisión" incluido en el protocolo.  
Se entregará asimismo una copia del Parte de lesiones y del "Oficio-Remisión" a la persona maltratada salvo que ello comprometa su seguridad personal; en este supuesto, se le puede indicar que designe a una persona de su confianza para que lo recoja. En la historia clínica deberá quedar copia del Parte de lesiones y del documento "Oficio- Remisión".
  5. Cuando la primera atención prestada se haya realizado desde los Servicios de Urgencia o de Atención especializada, se redactará y entregará a la víctima otro Informe que permita llevar a cabo un adecuado seguimiento del tratamiento prescrito en el hospital al médico o médica que la atenderá en adelante.
  6. Por último, y antes de finalizar la consulta, se asesorará a la víctima sobre las medidas sociales y de protección a través de los propios recursos del centro sanitario (Servicio Social del hospital), o en su caso, se le facilitará el contacto urgente con profesionales de los Servicios Sociales.

*b) AGRESIÓN O ABUSO SEXUAL NO RECIENTE (más de 72 horas\*):*

1. Prestar asistencia a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas, iniciando el plan de actuaciones terapéuticas que corresponda.
2. Una vez finalizada la actuación asistencial y establecido, cuando se requiera, el tratamiento pertinente, se procederá a la cumplimentación del modelo de Parte de lesiones que figura en este protocolo según las pautas indicadas anteriormente para los casos ocurridos en menos de 72 horas.

\* Este límite temporal no debe entenderse como límite estricto; cuando el tiempo transcurrido se halle por encima de esas 72 horas y existan indicios o sospecha de poder obtener muestras biológicas (dadas las circunstancias particulares del caso), se debe proceder como en el caso de agresión o abuso sexual reciente.

Una vez detallado el protocolo que habrían de seguir los centros hospitalarios objeto del estudio, integrados en la red Osakidetza, se muestran los datos que han sido recogidos de dichos Hospitales.

### **3.1. HOSPITAL DE CRUCES**

En primer lugar, encontramos que el protocolo de actuación ante una sospecha de agresión sexual que se presenta en la Urgencia de Ginecología de Cruces es competencia del personal de enfermería del área, siendo necesario para su adquisición una solicitud formal a la Dirección de Enfermería del hospital:

- Admisión de la mujer según procedimiento.
- Se procurará que la mujer espere en un lugar individual intentando que se encuentre en todo momento acompañada, preferiblemente en la Consulta nº 2, hasta que pueda ser atendida por el médico, informándole de que no se lave ni se cambie de ropa interior, ni acuda al WC si es posible.
- Escucha activa que favorezca la confianza y comunicación, no hacer preguntas ni juicios de valor, verbal o no verbal, respondiendo a las preguntas realizadas.
- Informarse de si el hecho ha sido denunciado y si el médico forense está avisado, en su defecto avisar telefónicamente al Juzgado de Guardia para que localice al MF.

- Información a la mujer de que la valoración médica tiene que ser en presencia del MF y cuando éste llegue, acompañar a la mujer a la consulta donde va a ser valorada, preferiblemente con presencia femenina.
- Valoración médica con exploración ginecológica (colocando una sabanilla de papel en la mesa de exploración), toma de muestras (exudado vaginal, pelos, saliva, etc.) para cultivos, proporcionándole el material necesario.
- Entrega al MF de las prendas de la mujer que solicite: bragas, paño de papel, etc. Proporcionándole unas bragas de malla a la mujer, compresa, etc.
- Recogida de muestra de orina para prueba de embarazo y envío al laboratorio. También se recogerá muestra de orina para el MF si lo solicita.
- Actuación según valoración médica.
- Preguntar al MF qué tubos de sangre necesita y extracción de sangre dichos tubos, además se cogerá muestra de sangre para serologías (VIH, HbsAg y VDRL) y analítica si es solicitada, enviando esta última muestra de sangre al laboratorio según procedimiento. Entrega al MF de los tubos de sangre solicitados y muestra de orina, así como las muestras para cultivos recogidas, introducidas en bolsas de transporte.
- Acompañar de nuevo a la mujer a la consulta 2 en espera del resultado de orina, dejándola acompañada.
- Si el resultado de la prueba de embarazo es negativa y el médico lo indica, éste le informará/indicará la “pastilla post-coital”.
- Proporcionar a la mujer información de los Servicios Sociales y otros de apoyo a los que puede acudir.
- Cumplimentación de registros informáticos y alta según procedimiento. Preguntar al MF a qué juzgado se deberán enviar los resultados, anotándolo en una hoja que se adjuntará a la documentación de la mujer y que se dejará en un sobre en el compartimento específico en el mostrador de la zona de Triage.
- Entrega de copia del informe médico al MF.
- Envío de la hoja blanca de “Información de accidente” a la Unidad de Facturación.

La recogida de datos llevada a cabo en este hospital, dio los siguientes resultados:

- Entre los años 2007 y 2015, se estableció el diagnóstico de “Violación” en 17 ocasiones, a 17 mujeres, sin especificar edad, tipo de agresión, lesiones ocasionadas u otros antecedentes de interés.
- En el año 2015 se registraron 13 casos, todos de mujeres entre 13 y 65 años, que se catalogaron como “Sospecha de agresión sexual”, sin especificar tampoco ninguna variable de las antes mencionadas.
- Por último, también del mismo año, se llevaron a cabo 10 partes al Juzgado de Guardia por el mismo motivo de consulta, siendo las víctimas de edades comprendidas entre uno y 37 años de vida.

Por tanto, como vemos en la **Figura 2**, el Hospital de Cruces tiene registrados desde el año 2007 un total de 30 casos de violencia sexual y 10 partes al Juzgado de Guardia, el 100% contra mujeres, de edades comprendidas entre un año y 56 de vida, y sin especificar de qué tipo, ni ningún otro dato concreto sobre ellas.

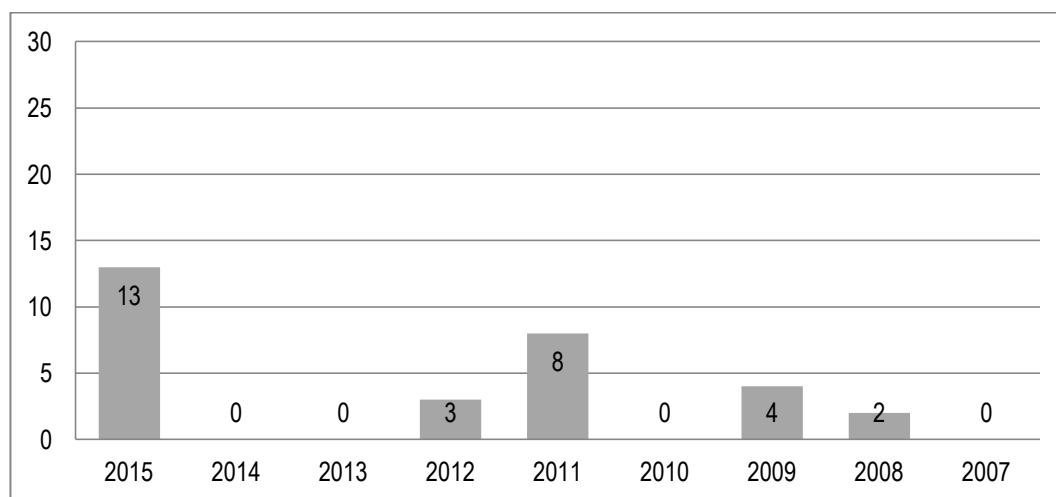


Figura 2. Nº de casos de agresión sexual registrados en el H.U. Cruces entre los años 2007-2015.

### 3.2. HOSPITAL DE BASURTO

En las consultas realizadas al personal del servicio de Urgencias de Ginecología de Basurto, nos informaron en primer lugar de que en Marzo de 2016 se llevó a cabo una reunión organizada por los principales organismos sanitarios, policiales y judiciales de Bizkaia en materia de agresiones sexuales<sup>17</sup>, cuya orden del día fue



“elaborar un documento de consenso sobre el protocolo de actuación ante las agresiones sexuales” en la que se acordó un circuito de coordinación interinstitucional, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial a la mujer agredida sexualmente y minimizar el impacto psíquico tras la agresión. En ella se acordó que:

- a) Si la mujer acude a la Ertzaintza, será ésta la que avise al Juzgado y acompañe a la mujer al Hospital.
- b) Si la mujer acude al Hospital sin la denuncia interpuesta pero va a presentar denuncia, será el ginecólogo del Hospital quien se ponga en comunicación inmediata, a través del teléfono, con la Ertzaintza y con el Juzgado de Guardia, que, en su caso, acordará la asistencia del MF. La paciente no se desplazará del Hospital al Juzgado o Comisaría, salvo por indicación del Juez de Guardia. El MF se desplazará al Hospital para atender a la paciente con el ginecólogo de guardia.

Si el juez decide no abrir un procedimiento judicial y no manda al médico forense, será el Fiscal de Guardia quien decida si abre o no diligencias de investigación. Si el Fiscal no abre diligencias de investigación, el Hospital intervendrá desde un punto de vista exclusivamente sanitario sin la participación del MF.

- c) Si la mujer acude al Hospital sin denuncia previa e inicialmente no va a presentar denuncia, será el ginecólogo quien se ponga en comunicación inmediata, a través del teléfono, con el Juzgado de Guardia exponiendo la situación. Si el Juez decide no abrir un procedimiento judicial y no manda al MF, será el Fiscal de Guardia quien decida si abre o no diligencias de investigación, actuando el hospital desde un punto de vista exclusivamente sanitario si no se abren dichas diligencias.
- d) Si la mujer acude al Hospital con la denuncia interpuesta será el ginecólogo del Hospital quien ponga en conocimiento del Juzgado de Guardia la situación, y el forense, tras autorización judicial, será quien atienda a la paciente en el Hospital junto con el ginecólogo de guardia.

En segundo lugar, en este Servicio se guardaba un registro detallado de los episodios atendidos en la Urgencia cuyo diagnóstico fuera de “Sospecha de agresión sexual” o “Sospecha de abuso sexual”.

Basurto tiene archivados un total de 108 casos, desde diciembre de 2011 hasta octubre de 2016, que responden a estos diagnósticos, de los que fueron extraídos los siguientes datos que eran de interés para el estudio (**Figuras 3 y 4**):

- El 100% de las víctimas fueron mujeres.
- En 36 ocasiones (33% de los casos) la víctima presentó amnesia de los hechos o refirió haber consumido alcohol (OH) previo a lo ocurrido.
- 29 de las personas atendidas (26,8% del total) tenían antecedentes personales (AP) psiquiátricos o de consumo de tóxicos.
- En cuanto a la exploración física realizada por el/la ginecóloga, en el 81,5% de los casos no se encontraron hallazgos significativos en relación a la agresión, siendo tan solo 20 (18,5% del total) las ocasiones en las que la exploración general reveló lesiones corporales, y otros 20 casos en los que evidenció alguna lesión ginecológica en la víctima.
- Por otra parte, la nacionalidad de las víctimas fue aproximadamente en un 73% española y el resto (29 casos) se trató de mujeres extranjeras, sin especificar en la mayoría de casos su procedencia.
- En 24 ocasiones (22,2% del total), la persona agresora era conocida por la víctima.
- En cuanto a la edad de las personas atendidas, 23 eran menores de edad (21,3%), y de ellas, 5 eran menores de 5 años. Las edades de las víctimas estaban comprendidas entre los 2 y los 64 años y la edad media fue de 27 años.
- Asimismo, quedó registrado en todos los episodios si la exploración fue realizada conjuntamente entre un médico del servicio y un médico forense, siendo estos la mayoría, y estando ausente tan solo en aquellos en los que la víctima no quiso denunciar en un primer momento o en los que habían transcurrido demasiados días tras la agresión como para la obtención de muestras de interés médico-legal.
- Por último, en todas las asistencias realizadas en las que existía posibilidad de embarazo, por la edad o el tipo de agresión referida, se realizó un test de

embarazo. Y a su vez, se ofreció la píldora post-coital, profilaxis para enfermedades de transmisión sexual (ETS) o Antirretroviral, o asistencia social y psicológica a todas aquellas pacientes que lo desearan y pudieran beneficiarse de ellas.

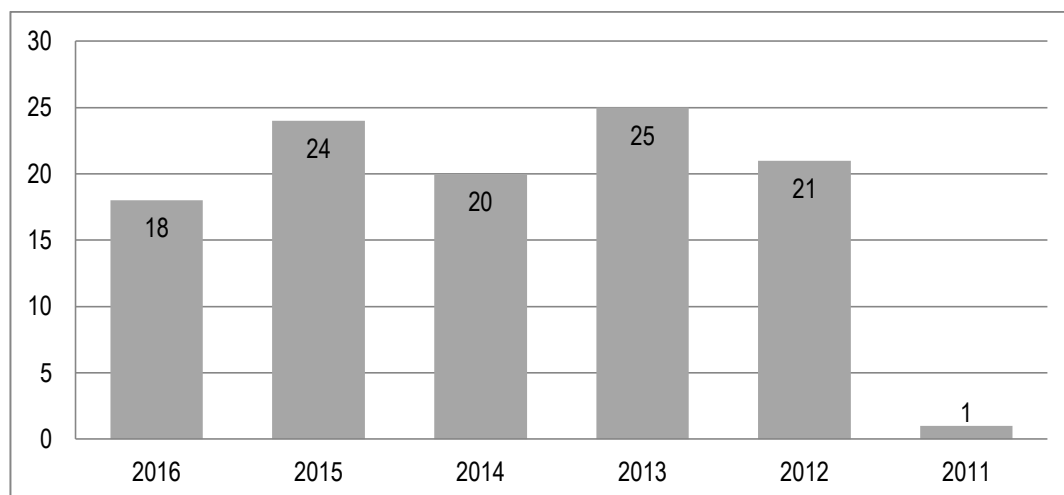


Figura 3. Nº de casos de agresión sexual registrados en el H.U. Basurto entre los años 2011-2016.

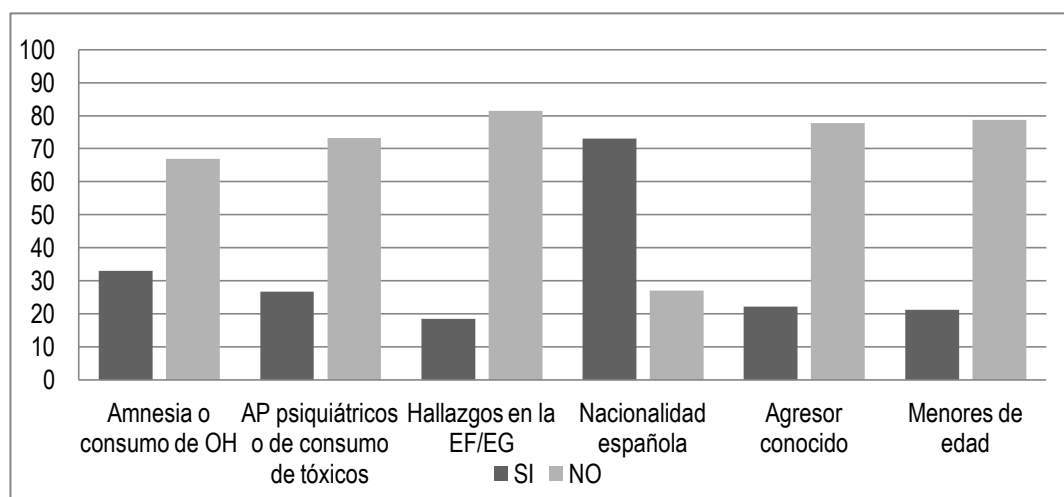


Figura 4. Datos que fueron de interés de las agresiones sexuales registradas por el H.U. Basurto entre los años 2011-2016 (%).

La **Figura 5** muestra una comparativa de los casos recogidos entre los dos hospitales estudiados, donde apreciamos notables diferencias, en especial desde el año 2011, cuando en el H.U. Basurto se comenzaron a registrar de forma sistemática estos datos.

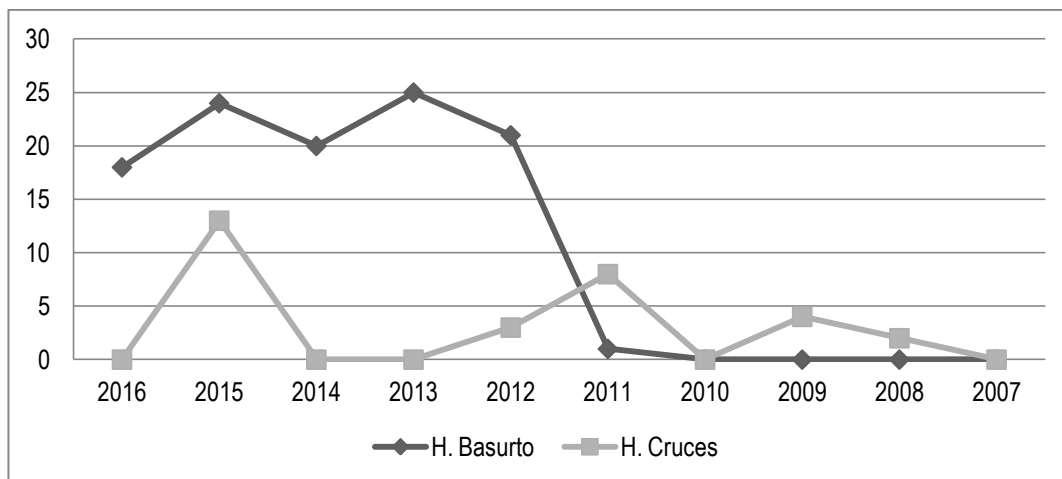


Figura 5. Comparativa del nº de casos/año recogidos en ambos hospitales entre los años 2007-2016.

### 3.3. INSTITUTO VASCO DE MEDICINA LEGAL

Todos los años, el IVML emite una Memoria estadística de las actividades desarrolladas durante ese año. En la **Figura 6** vemos la tendencia que ha habido en cuanto a casos de agresiones sexuales registrados en las Memorias comprendidas entre los años 2007 y 2015<sup>18</sup>.

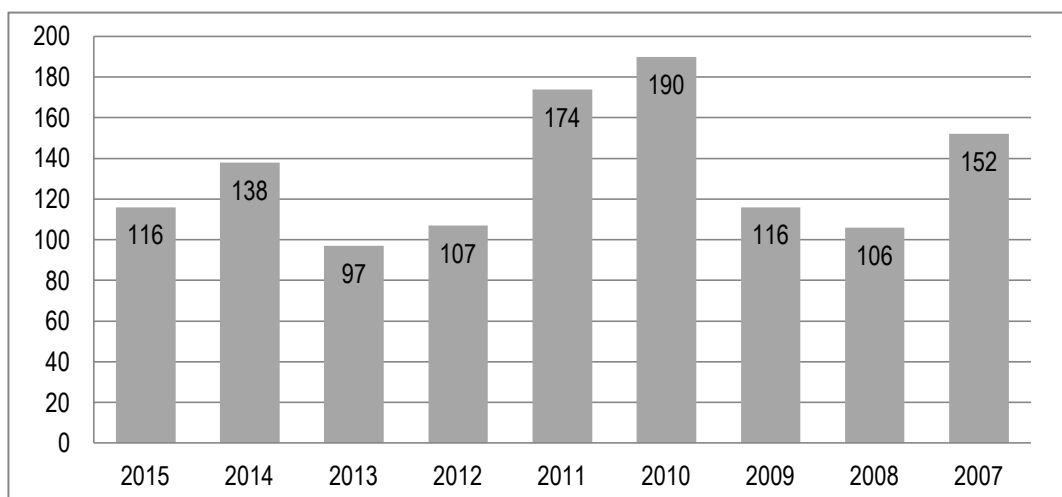


Figura 6. Nº de casos/año de agresión sexual atendidos por el Servicio de Clínica Forense del IVML, Subdirección de Bizkaia, entre los años 2007-2015.

Como vemos, los datos registrados no siguen una tendencia clara al aumento o disminución en número, y se mantienen en unas cifras más o menos invariables a lo largo de los años.

La media de agresiones sexuales se sitúa en torno a los 130 casos anuales, siendo el 2010 y 2011 los años con más casos atendidos en el Instituto, y el 2013 el año en el que menos casos fueron reportados.

Ya para terminar, también disponen de sus propios protocolos para casos de abuso o agresiones sexuales, así como diversos formularios para la remisión de muestras para estudio, ya sean biológicas o de otro tipo, como prendas de ropa, y que difieren en algunos puntos con los protocolos médicos asistenciales presentados hasta ahora.

Sin embargo, como vemos en la **Figura 7**, no existe una correlación entre los datos obtenidos de ambos hospitales y los analizados por el IVML, esto hace suponer que no se guardan registros suficientes de todos los casos de agresiones sexuales atendidos en los hospitales mencionados.

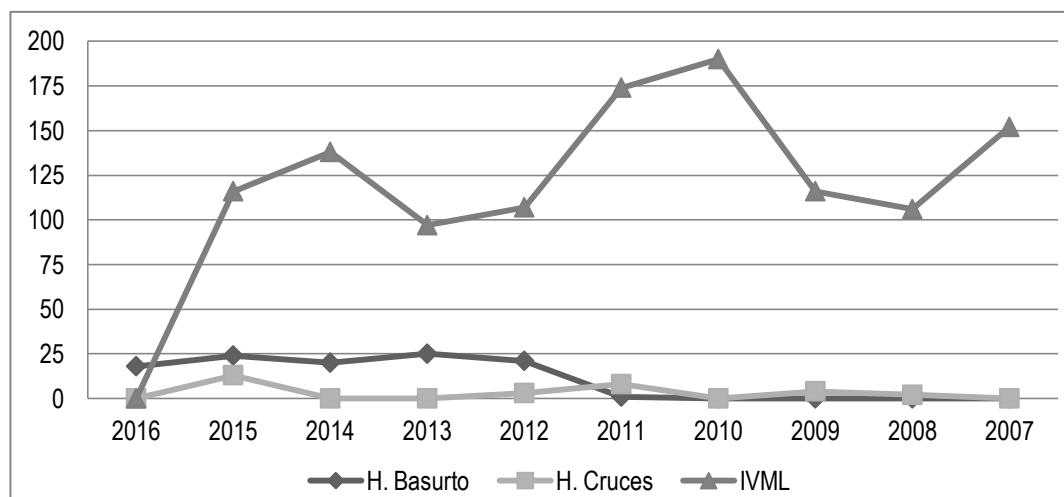


Figura 7. Comparativa del nº de casos/año recogidos en ambos hospitales y el IVML entre los años 2007-2016.

## **4. DISCUSIÓN**

Los resultados de este trabajo muestran la existencia de diferencias en cuanto a la forma de actuación y los protocolos existentes analizados, así como entre los datos obtenidos en los centros hospitalarios previamente descritos.

### **4.1. EN CUANTO A PROTOCOLOS**

#### **4.1.1. Importancia global de la existencia de protocolos y capacitación de profesionales sanitarios en el manejo de las agresiones sexuales**

El uso de protocolos y normas puede contribuir a mejorar significativamente la calidad del tratamiento de las víctimas y el apoyo psicológico proporcionado, y lo mismo puede decirse de la reunión de datos probatorios. Sin embargo, su uso no es generalizado. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo con las mujeres que acudían a un hospital de Nairobi (Kenia) después de una violación ha permitido determinar que en muchos países las víctimas de violación no son examinadas por un ginecólogo o un investigador experimentado de la policía y que no existen protocolos o normas estandarizados a este respecto.

El sector de la salud tiene la obligación de obtener datos probatorios de carácter médico y jurídico que corroboren los relatos de las víctimas o contribuyan a identificar al agresor. Por ejemplo, investigaciones realizadas en Canadá indican que la documentación médico-legal puede mejorar las probabilidades de arrestar a un agresor, imputarlo y condenarlo. Otros estudios comprobaron que las lesiones físicas documentadas, especialmente las de tipo moderado o grave, estaban asociadas con la iniciación de una querrela, y que esto era independiente del nivel de ingresos de la paciente o de que esta tuviera alguna relación con el agresor, ya sea en calidad de conocido o de compañero íntimo<sup>1</sup>. A este respecto, uno de los principales problemas radica en la reticencia de los médicos a asistir a los tribunales en calidad de peritos.

A nivel asistencial, muchas víctimas de agresión sexual han descrito la actuación del personal como beneficiosa para su recuperación. Por una parte, referente al testimonio ha sido documentado que muchas víctimas refieren el temor de no ser creídas como una razón para no denunciar un asalto sexual y de hecho, la recuperación puede complicarse cuando otros no creen o culpan a la paciente del

mismo. Además, muchas describen los comentarios hechos por la policía, los médicos y otras personas con quienes han tenido contacto como resultado de la agresión que los han perseguido durante años. Por esta razón, los trabajadores de la salud deben elegir sus palabras con gran cuidado cuando se trata de pacientes víctimas de una agresión sexual y tener cuidado de no contribuir de ninguna manera a la re-victimización. El uso de lenguaje insensible puede contribuir no sólo a la angustia del paciente durante el examen, sino que también impide la recuperación a largo plazo.

Por otra parte, la exploración física ha de llevarse a cabo informando a la paciente de lo que se planea hacer, pidiendo permiso y mostrando siempre cuándo se va a mantener contacto físico<sup>2</sup>. Se ha comprobado que el uso de un video para explicar el procedimiento antes de realizar el examen reduce significativamente el estrés<sup>19</sup>.

Una vez sabido esto, sin embargo, el establecer un trato empático y de entendimiento con la víctima no libera al trabajador de la salud de su deber de considerar cuidadosamente lo que se le está diciendo. Hay una gran diferencia entre el escepticismo y la ingenuidad, y es entre ellas que el trabajador de salud puede satisfacer mejor las diferentes necesidades de la paciente y la aplicación de la ley.

Queda por tanto patente tanto a nivel de satisfacción de las víctimas como de eficacia a la hora de resolver estos casos, que los temas relacionados con la violencia sexual deben apoyarse en la capacitación de todo el personal de servicios de salud, tanto durante la enseñanza básica como en los cursos especializados de posgrado.

En primer lugar, esto debería permitir a los trabajadores de salud adquirir mayores conocimientos sobre la violencia sexual y tomar mayor conciencia sobre el tema y de esta manera estarán mejor preparados para detectar y tratar los casos de violencia sexual con sensibilidad y eficacia.

Concretamente, en Filipinas el Grupo de Trabajo sobre Ciencias Sociales y Salud Reproductiva, un órgano integrado por médicos, enfermeras y profesionales de las ciencias sociales, que cuenta con el apoyo del Departamento de Salud, ha elaborado módulos de capacitación para los estudiantes de enfermería y medicina sobre la violencia basada en el género. Los objetivos de este programa son: “Comprender las raíces de la violencia en el contexto de la cultura, el género y otros aspectos sociales e identificar las situaciones, en las familias o los hogares, que suponen un riesgo de

violencia elevado y en las que sería apropiado realizar: intervenciones primarias, en especial en colaboración con otros profesionales; intervenciones secundarias, que incluyan la identificación de las víctimas de la violencia, la comprensión de los procedimientos legales básicos y de presentación de pruebas, la derivación y el seguimiento de los pacientes y la ayuda a las víctimas para reintegrarse a la sociedad”. Estos módulos de capacitación se incorporan a los programas de estudios de los estudiantes de enfermería y de medicina<sup>1</sup>. Esto es algo que vemos de forma muy básica en la enseñanza universitaria en la carrera de Medicina, al menos en España. Incluso algunos expertos señalan que la formación de buena parte de las y los profesionales en este país es excesivamente técnica y procedimental y carece del componente crítico suficiente: “En la formación a profesionales se encuentran muchas resistencias, no se demandan conocimientos del marco teórico y conceptual, solicitan instrumentos para la intervención, sin entender que el instrumento para la intervención es precisamente el marco conceptual”<sup>20</sup>.

Otros expertos también manifiestan que es necesario coordinar en un proceso continuo la formación inicial y continuada de las y los diferentes profesionales que ejercen en este ámbito (trabajo social, derecho, psicología, medicina, enfermería, policía, judicatura, fiscalía, etc.). En la formación inicial, resultaría recomendable introducir temas en materia de violencia contra las mujeres en todos los planes de estudios universitarios relacionados con el ejercicio profesional en el ámbito de la violencia contra las mujeres<sup>21</sup>.

Por contra, debido a la escasez de médicos en muchos países, en algunos lugares se han empleado enfermeras especialmente formadas para ayudar a las víctimas de agresiones sexuales. En Canadá, ciertas enfermeras, conocidas como “enfermeras encargadas de examinar a las víctimas de agresiones sexuales”, reciben formación específica para prestar atención integral a las víctimas de la violencia sexual. Estas profesionales derivan a las pacientes a un médico cuando consideran necesaria su intervención<sup>1</sup>. Este modelo asistencial podemos verlo en el protocolo recogido en el H.U. Cruces en nuestro estudio el que, como hemos visto, está destinado al personal de enfermería del área de Urgencias ginecológicas, aunque ciertos aspectos siguen siendo competencia de los médicos, a pesar de no disponer de un protocolo específico para ellos.



En conclusión, el sector de la salud es considerablemente más eficaz en los países donde existen protocolos y normas para manejar los casos y reunir las pruebas, donde el personal está bien adiestrado y donde la colaboración con el sistema judicial es adecuada.

#### **4.1.2. Análisis de protocolos en España y País Vasco**

A lo largo de este estudio hemos podido comprobar la variedad de terminología empleada a la hora de referirnos a la violencia ejercida contra las mujeres y sus implicaciones legales. Existe una enorme dificultad para separar en algunas ocasiones los conceptos de los que venimos hablando, como son el término “violencia contra las mujeres”, “violencia de género” y “violencia sexual”.

Como ya vimos en la Introducción, la violencia contra las mujeres es una forma general de referirnos a cualquier tipo de violencia ejercida por motivos de sexo. Entre sus ventajas destaca que sirve para acotar el campo de lo definido, dejando fuera la violencia contra el resto de las personas. Sin embargo, como importante desventaja vemos que el término no aclara la naturaleza (sexista, machista, patriarcal) de esa violencia, el porqué va dirigida principalmente contra las mujeres. De hecho, contra las mujeres se puede dar violencia que no sea especialmente por razón de género, como por ejemplo robos con violencia.

En cuanto a la violencia de género, éste es el término que se ha generalizado, y alude a los valores diferenciales entre ambos sexos y por tanto entendida como “el resultado de una estrategia de dominación ejercida por el varón para mantener su posición de poder”. Sin embargo, hay quienes opinan que precisamente por ese carácter relacional del término “género”, cuando se usa “violencia de género” puede parecer que afecta por igual de hombres a mujeres que de mujeres a hombres, es decir, que se habla de una violencia mutua y equivalente si no se pone de manifiesto explícitamente la desigualdad jerárquica entre mujeres y hombres. Además, este es el término que da título a la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de protección integral contra la violencia de género. Sin embargo, dicha ley ha tenido únicamente en cuenta la violencia familiar y de pareja de hombre a mujer y por ello, la violencia perpetrada por mujeres no puede ser catalogada como de género<sup>22</sup>. Por tanto, más allá de su competencia ha quedado la violencia sexual, en la que nos

hemos centrado en nuestro estudio, a pesar de que ésta, en muchos casos, busca el sometimiento de las mujeres a través de la utilización de su cuerpo, de igual forma que lo hace la violencia contemplada como violencia de género<sup>5</sup>.

En nuestra comunidad, en el documento elaborado por el Instituto Emakunde, perteneciente al Gobierno Vasco, entre los años 2014-2015 se llevan a cabo unas reflexiones para la mejora de protocolos en materia de violencia contra las mujeres y se afirma que, a pesar de que el II Acuerdo Interinstitucional visibiliza y da respuesta a la violencia ejercida por la pareja o la ex pareja, así como la violencia en el ámbito doméstico y la violencia sexual, se sigue echando en falta un abordaje del problema de la violencia de manera global, ya que mayoritariamente se presta atención a la violencia ejercida por la pareja o ex pareja (tanto en la normativa que se desarrolla como en las acciones de comunicación que se llevan a cabo). En cierto modo esto conlleva que la sociedad se centre en las muertes de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas en detrimento de un mayor reconocimiento de otras formas de violencia como la violencia sexual.

En el informe se ha evidenciado que una de las limitaciones con las que tienen que lidiar las y los responsables de la formulación de políticas y profesionales que trabajan en el ámbito de la atención a víctimas de violencia contra las mujeres es la falta de datos exhaustivos y fiables sobre la escala y la naturaleza de este problema.

En 1997 la Unión Europea estableció un mandato para que cada uno de sus países miembros recogiera, elaborara y publicara anualmente datos sobre las diferentes formas de violencia contra las mujeres que ocurren en su territorio. Por tanto, están comprometidos a asegurar que se recopilan datos suficientes y por eso es de capital importancia prestar atención a las lagunas que aún hoy existen en este sentido<sup>20</sup>. A este respecto, a pequeña escala, en este estudio se puede comprobar cómo la recogida de datos en este caso concreto de agresiones sexuales, no es llevado a cabo de forma clara y siguiendo unos estándares. Lo podemos ver en las diferencias existentes entre la forma de recogida de datos de uno y otro hospital analizados, siendo ambos de la misma provincia y estando bajo la misma red pública sanitaria.

#### 4.1.2.1. Comparación de protocolos de diferentes Comunidades Autónomas

A continuación se nombran algunos protocolos autonómicos que difieren de forma relevante con el protocolo de Osakidetza del año 2008 y los protocolos recogidos en ambos hospitales.

Cabe destacar que en todos ellos se da máxima importancia a la exploración conjunta entre el clínico y el MF, con el fin de evitar exploraciones futuras innecesarias y así evitar la victimización secundaria, al igual que en nuestros protocolos.

El protocolo de Cantabria, elaborado en el año 2006, está dirigido al personal médico del área de Urgencias del hospital. En primer lugar se especifica claramente las distintas acciones a realizar y en qué orden sería preciso en los diferentes supuestos en los que la mujer quiera o no presentar una denuncia, o en los casos en que se trate de personas menores de edad, lo cual no se encuentra claramente recogido en el protocolo Osakidetza, ni en las instrucciones de actuación para la enfermería del H.U. Cruces, al contrario que al recogido en el H.U. Basurto, en el que sí se especifican los diversos supuestos, aunque no fue hasta el año 2016 cuando se llevó a la práctica.

Por otra parte, también quedan bien delimitadas las acciones que debemos llevar a cabo a lo largo de la realización de la Historia Clínica en los casos en los que la víctima tenga entre 13 y 18 años o sea menor de 13, respecto a si es necesario realizarla en compañía o no de sus progenitores (entre 13 y 18 años la anamnesis será realizada a solas y pidiendo permiso al o la menor para hablar con sus padres y en casos de menos de 13 se llevará a cabo a solas y escuchando la versión de los progenitores).

También se detalla en el apartado de la exploración física y petición de pruebas complementarias cómo deben realizarse éstas, citando el material que es necesario y la forma en la que se ha de proceder para la correcta obtención de las muestras.

A su vez se dan unas nociones básicas acerca de la actuación del MF en la recogida de muestras judiciales, ya que éste se realizará simultáneamente con la atención clínica, y consideran necesario que el personal médico conozca por ejemplo como han de guardarse las muestras y quién es el encargado de recogerlas para que se respete la Cadena de Custodia.

En cuanto al tratamiento, en ninguno de los protocolos de la CAPV se encuentra especificado el tratamiento que se ha de seguir en un caso de agresión sexual, en el que, según el protocolo de la Comunidad de Cantabria es preferente la profilaxis de ETS y de embarazo, así como el tratamiento de lesiones y la prevención de secuelas psíquicas. Y en el que se muestra los fármacos y pautas requeridas para cada una de ellas, diferenciando en cada caso entre personas mayores y menores de edad.

Asimismo, al final del protocolo quedan estipulados los sucesivos controles a los que se recomienda someter a la víctima (uno a los 10 días, otro a las 4-6 semanas y otro a los 6 meses), cada uno con unos objetivos diferentes, lo cual difiere de los protocolos antes mencionados<sup>23</sup>.

En el protocolo de Catalunya de 2009, al igual que en el cántabro, se dan unas nociones básicas acerca de la actuación del MF en la recogida de muestras judiciales, para que el personal médico conozca la dinámica de toma y almacenaje de las pruebas médico-legales para que se respete la Cadena de Custodia<sup>24</sup>.

El protocolo navarro de 2006, al contrario que los dos anteriores, recoge de forma muy básica las actuaciones que son competencia del personal sanitario del área de urgencias y en caso de no encontrarnos ante personal con entrenamiento en la materia podría dar lugar a dudas y pasar por alto ciertos aspectos de gran importancia<sup>26</sup>.

Y por último, en el protocolo andaluz del año 2015, al igual que en el cántabro, se especifica claramente las distintas acciones a realizar y en qué orden sería preciso en los diferentes supuestos en los que la mujer quiera o no presentar una denuncia, o en los casos en que se trate de personas menores de edad<sup>25</sup>.

#### 4.1.2.2. Problemática en la aplicación de los protocolos

La última versión del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del año 2012 añade ciertas mejoras con respecto al previo de 2007, como son por ejemplo un mayor detalle en el proceso de reconocimiento de víctimas con sospecha de agresión sexual y la ampliación de aspectos legales de interés en algunas situaciones en las que muchos profesionales se plantean si su intervención ha sido la adecuada.

En primer lugar, la existencia de los protocolos refleja la importancia de disponer de herramientas metodológicas para el abordaje de la violencia de género, la necesidad para el personal sanitario de formación y apoyo o seguimiento continuos, coordinación y trabajo en equipo interdisciplinario, así como desarrollar estrategias de autoconciencia y autocuidado a fin de que el impacto emocional de tratar a víctimas de maltrato, no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre las mismas, ni en el equilibrio emocional de las y los profesionales, ya que escuchar los relatos de violencia, ser testigos/as del sufrimiento y los daños físicos y emocionales en las mujeres y en sus hijas e hijos puede repercutir también en la práctica asistencial.

Y en segundo lugar, una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios deriva de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen sus actuaciones. Esto ocurre especialmente cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar, por lo que se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como su deber y lo que la ley obliga entrando también en juego el respeto a la autonomía de las mujeres y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad.

Emitir un parte de lesiones sin el consentimiento de la mujer sitúa al profesional ante un conflicto ético, ya que consideran estar violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la paciente. La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial.

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

Es también importante que cada profesional tenga a su alcance información acerca de los protocolos, los recursos y servicios específicos que hay disponibles a nivel nacional, autonómico, provincial y municipal y sus características, con el fin de orientar adecuadamente a la mujer en su utilización y derivación<sup>10</sup>.

De este estudio sacamos dos conclusiones a este respecto. En primer lugar que el protocolo de Osakidetza aclara a los profesionales que trabajan en el Servicio Vasco

de Salud el proceder ante un caso de agresión sexual y los recursos disponibles en la Comunidad y en segundo lugar que en el H.U. Basurto existe un documento en el que específicamente se explica al personal cómo han de actuar en las diferentes situaciones que se puedan presentar.

#### **4.1.3. Comparativa entre los protocolos de los hospitales estudiados**

Como hemos visto, entre los dos hospitales estudiados, pertenecientes a la misma comunidad autónoma, y con un protocolo pensado para su aplicación de forma común, encontramos algunas diferencias.

En el protocolo de Cruces encontramos algo más detallados los pasos a seguir de cara a la exploración física y ginecológica, aunque éste está dirigido al personal de enfermería y por tanto se centra en otros aspectos que son competencia del mismo y no especifica por ejemplo, los tratamientos que han de darse en cada situación. Además, dada la falta de datos recogidos en este hospital no conocemos si fueron realizadas las acciones profilácticas y de tratamiento indicadas en cada caso, ni los seguimientos pertinentes.

Por su parte, Basurto tiene bien determinado el árbol de decisiones acordado a nivel provincial en el año 2016, centrado básicamente en qué ha de hacer el personal sanitario en función de las circunstancias en las que acude una mujer a su servicio de Urgencias de Ginecología, e incluso tiene una doctora designada como responsable de estos casos. Además, por los datos recogidos de las intervenciones llevadas a cabo entre los años 2011 y 2016 vemos que sí se realizaron las acciones básicas comprendidas en los protocolos de la OMS, nacional y autonómico revisados hasta el momento.

#### **4.1.4. Profilaxis anti VIH post-violación**

Yéndonos a un tema bastante concreto de la actuación médica en estos casos, a lo largo de los protocolos estudiados parece que no está muy claro en qué casos las mujeres pueden beneficiarse de tratamiento antirretroviral contra el VIH. Hay autores que afirman que el riesgo promedio de infección por el VIH después de un solo acto de penetración vaginal sin protección, con una pareja infectada, es relativamente bajo (aproximadamente 1‰ a 2‰, si es el hombre el que está infectado, y alrededor de

0,5‰ a 1‰ si la que está infectada es la mujer) y que en realidad, este nivel de riesgo es de un orden similar al de una lesión producida por pinchazo de aguja (alrededor de 3‰). Por el contrario, el riesgo promedio de infección por el VIH en el caso de coito anal sin protección es considerablemente mayor (alrededor de 5‰ a 30‰). Además, durante una violación, en razón de la fuerza usada, es mucho más probable que se produzcan desgarramientos macroscópicos o microscópicos de la mucosa vaginal o anal, lo que aumenta la probabilidad de transmisión del VIH<sup>1</sup>.

Según el protocolo de profilaxis del VIH en España, actualizado en marzo de 2015, la estimación del riesgo de transmisión se basa en estudios observacionales y se modifica en gran medida por factores concurrentes. La probabilidad de transmisión del VIH depende fundamentalmente del tipo de exposición. La exposición por vía sexual es más frecuente que la ocupacional, sobre todo por relaciones sexuales consentidas y solo se considera que tiene algún tipo de riesgo en caso de que se haya practicado sin preservativo o con rotura o mal uso del mismo. Además, en el caso de exposición traumática, con violencia, como ocurre en el caso de relaciones sexuales no consentidas o si se produce sangrado o menstruación el riesgo se incrementa considerablemente.

Afirman que antes de considerar el uso de la profilaxis post-exposición, es preciso tener en cuenta si la persona expuesta acude antes de 72 horas tras la exposición, recabar toda la información sobre la persona fuente, y valorar si existe la capacidad de seguimiento clínico de la persona expuesta.

Si la profilaxis está indicada, se recomienda iniciarla lo antes posible tras la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas. Por el contrario, no se recomienda iniciarla si han pasado más de 72 horas desde la misma.

En definitiva, ante una agresión sexual se recomienda la profilaxis post-exposición frente al VIH a las víctimas de agresión sexual cuando exista exposición significativa, definida como contacto directo de semen, fluidos vaginales o sangre del asaltante con vagina, pene, ano o boca de la víctima aunque no exista daño macroscópico visible.

En España, las pautas de elección para la profilaxis post-exposición consisten en la combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de

nucleósidos/nucleótidos (ITIAN) asociados a un tercer fármaco antirretroviral de otra familia. Por su mejor tolerancia y administración una vez al día, se considera que los 2 ITIAN preferentes son Tenofovir/Emtricitabina (Truvada®) y como tercer fármaco se puede utilizar un inhibidor de la proteasa potenciado con Ritonavir (IP/r) o un inhibidor de la integrasa (INI) como el Raltegravir, indicado por su buena tolerancia, escasas interacciones farmacológicas y mayor experiencia<sup>27</sup>.

Tenemos constancia de que en el H.U. Basurto la profilaxis empleada es la recogida en este protocolo, utilizando la combinación Truvada® + Raltegravir en las agresiones sexuales en las que haya habido penetración anal en todos los casos, penetración vaginal con sangrado o en casos de agresiones múltiples, donde aumenta el riesgo de que se haya producido la exposición al virus y siempre y cuando hayan transcurrido menos de 72 horas desde la agresión. Por el contrario no disponemos de ninguna información procedente del H.U. Cruces.

## **4.2. EN CUANTO A CONSERVACIÓN Y REGISTRO DE DATOS**

### **4.2.1. A nivel internacional**

Las investigaciones revelan que la gran mayoría de las víctimas de violencia sexual son mujeres, la mayoría de los perpetradores son varones y que la mayoría de las víctimas conocen a su agresor<sup>2</sup>. Sin embargo, esto no niega que la violencia sexual contra hombres y niños también esté extendida.

Como hemos visto antes, aunque generalmente se reconoce que la violencia sexual contra las mujeres es omnipresente en todos los países y en todos los niveles de la sociedad, las estadísticas fiables sobre la prevalencia de la violencia sexual en todo el mundo son muy limitadas.

La magnitud que alcanza la violencia sexual está mundialmente subestimada. Por lo tanto, es poco probable que las estadísticas publicadas proporcionen una imagen exacta de la verdadera magnitud del problema. Esto también crea dificultades al intentar comparar estudios.

Algo que sí podemos afirmar es que los hombres son aún menos propensos que las mujeres a informar que son víctimas de violencia sexual y por esta razón la información sobre el alcance de la violencia sexual contra los varones está especialmente limitada<sup>2</sup>.



La mayoría de los estudios concluyeron que la violencia sexual contra las niñas está 1,5-3 veces más extendida que la violencia contra los niños.

La prevalencia de agresiones sexuales en hombres varía ampliamente en los distintos trabajos publicados, en función de los métodos y las poblaciones de estudio, encontrándose las tasas más altas en poblaciones carcelarias, homosexuales y bisexuales<sup>9</sup>.

En general, la violencia sexual ha sido un tema poco explorado en las investigaciones. La información es escasa y fragmentaria; por ejemplo, a menudo los datos de la policía son incompletos y limitados. Por otra parte, es posible que los datos de los IML reflejen solo los incidentes de agresión y abuso sexual más violentos. La proporción de mujeres que recurren a los servicios médicos para resolver los problemas inmediatos relacionados con la violencia sexual también es relativamente pequeña.

Aunque durante el último decenio se ha avanzado bastante en cuanto a la medición del fenómeno a través de las investigaciones mediante encuestas, las definiciones empleadas en los diversos estudios han sido bastante distintas. También hay diferencias significativas entre las culturas en lo que lleva a la decisión de revelar los actos de violencia sexual a los investigadores. Por consiguiente, es preciso ser cuidadoso al realizar comparaciones sobre la prevalencia de la violencia sexual en el mundo.

En una encuesta nacional llevada a cabo en los Estados Unidos, 14,8% de las mujeres de más de 17 años de edad informaron haber sido violadas alguna vez en su vida (a las que se suma un 2,8% que habían sido víctimas de intentos de violación). Y en la República Checa, en otra encuesta realizada a una muestra representativa de la población general de más de 15 años de edad, 11,6% de las mujeres informaron que alguna vez en su vida habían sido forzadas a tener contactos sexuales y 3,4% dijeron que esto les había ocurrido más de una vez. La forma más común de contacto forzado era mediante las relaciones sexuales por vía vaginal<sup>1</sup>.

Durante 2014 se calcula que 3,7 millones de mujeres en la Unión Europea experimentaron violencia sexual, lo que equivale a un 2% de mujeres.

También se ha puesto de manifiesto que la mitad de las mujeres de la Unión Europea (53%) procuran evitar ciertos lugares o situaciones, al menos en ocasiones, por temor

a ser víctimas de agresiones físicas o sexuales, mientras que el número de hombres que limitan sus movimientos es mucho más reducido (de acuerdo con encuestas de victimización delictiva y miedo a los delitos) <sup>20</sup>.

#### **4.2.2. En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)**

En nuestra comunidad, a lo largo del año 2014 la Ertzaintza registró 300 casos de mujeres que habían sufrido violencia sexual por parte hombres de fuera del ámbito familiar. La evolución de los datos de victimizaciones por violencia contra las mujeres indica una tendencia creciente en los últimos años y entre 2013 y 2014, el mayor incremento porcentual fue el registrado en los casos de violencia sexual (las victimizaciones de este tipo crecieron un 9,76%) <sup>20</sup>.

El 88,5% de los delitos contra la libertad sexual de las mujeres de 2014 en la CAPV se produjeron fuera del ámbito familiar. Este dato se asemeja bastante al obtenido en nuestro estudio, en el que en el 77% de los casos con sospecha de agresión sexual el agresor era desconocido para la víctima. Las agresiones sexuales fuera del ámbito familiar (301 casos en 2014 y 129 casos durante el primer semestre de 2015) representaron un 6% del total de las agresiones contra las mujeres registradas en 2014 por la Ertzaintza. Aunque la mayoría de estos delitos suceden fuera del ámbito familiar (en 301 casos el agresor fue un hombre de fuera del ámbito familiar), cabe tener presente que un 11,5% de estos delitos se produjeron dentro el ámbito familiar (en 13 casos el agresor fue la pareja o ex pareja de la mujer y en 26 ocasiones el agresor fue otro hombre del entorno familiar de la víctima).

En los últimos dos años se ha notado un especial incremento de este tipo de casos, las victimizaciones por violencia sexual fuera del ámbito familiar han crecido en torno a un 14% entre 2013 y 2014. Este es otro dato que también coincide con el obtenido de la fuente de datos del IVML en nuestros resultados.

Cabe pensar que en buena medida este crecimiento puede estar relacionado con una mayor toma de conciencia en relación con este problema por parte de la ciudadanía en general y los agentes y mujeres afectadas en particular, con lo que aumenta la visibilidad de los casos al incrementarse el número de denuncias.

Las mujeres menores de 30 años han vivido con mayor frecuencia algunas situaciones de violencia de carácter sexual especialmente vinculadas a espacios

nocturnos o que suelen suceder al transitar por determinados lugares apartados u oscuros. Concretamente, que les sigan por la calle (11,3 %), presenciar exhibicionismos sexuales (13,7 %) o vivir acoso o tocamientos indeseados en locales (13,2 %). Esto concuerda tanto con los datos recogidos en el hospital de Basurto, donde la media de edad de mujeres atendidas estaba en torno a los 27 años y también con los obtenidos del IVML, en el que la media de edad fue de 22 años, como veremos más adelante, aunque no se conocen con exactitud las circunstancias que rodearon a la agresión sufrida.

Como venimos diciendo, otra encuesta en relación con la violencia física o sexual que se produce fuera del ámbito de la pareja o ex pareja revela que el 7,2% de las mujeres residentes en España con 16 o más años ha sufrido algún tipo de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja o ex pareja. Afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes de menos de 30 años, tres de cada cuatro casos producidos en el primer semestre de 2015, y especialmente a niñas menores de edad (en el 45% de los casos de violencia sexual registrados en dicho periodo la víctima tenía menos de 18 años, lo que suponen en total 58 casos, una cifra que se elevó hasta 169 casos a lo largo de 2014) <sup>28</sup>.

#### **4.2.3. En Bizkaia**

De los datos recogidos por el IVML entre los años 2009 y 2010 nos llegan las siguientes cifras<sup>9</sup>:

En cuanto al sexo de las víctimas, el 93% (209 casos) fueron mujeres. En nuestro estudio las víctimas femeninas representaron el 100% de los casos, algo previsible siendo el lugar de procedencia de los datos la Urgencia de Ginecología del H.U. Basurto.

El rango de edad de los datos del IVML se situó entre los 2 y los 80 años, con una edad media de 22 años. El 45,7% eran menores de 18 años y el 54,3% mayores de edad. En nuestro estudio los datos revelan un rango de edad comprendido entre los 2 y los 64 años de edad, siendo la edad media de 27 años, lo que establece una concordancia entre ambos. Sin embargo hay variaciones en los casos en los que las víctimas eran menores de edad, siendo en nuestro estudio el 21,3% de los casos y el 45,7% en los registros del IVML.

Referente a la nacionalidad de las mujeres atendidas, en el IVML se constató que el 71,1% eran españolas y el 22% países de centro y Sudamérica. En nuestro estudio el registro empleado muestra un porcentaje del 73,2% de víctimas de origen español y un 26,8% de origen extranjero, sin especificar su nacionalidad.

Por otro lado, el 56% de los casos se habían atendido en Hospitales de la red pública (un mayor número de casos procedentes del H.U. Basurto: 111 casos frente a 62 en el H.U. Cruces). Puesto que en este caso no disponemos de datos de uno de los hospitales no hemos podido establecer una comparación al respecto.

En relación con los antecedentes personales de las personas atendidas por el IVML, el 63,2% de las víctimas no tenían antecedentes médicos. Sin embargo, en el 31,8% presentaban patología mental y/o tóxica y otro 5% sufría patología somática. En la asociación de patología previa con existencia de penetración (vaginal, anal o bucal) en la agresión sexual, los resultados fueron estadísticamente significativos, existiendo una correlación entre existencia de patología previa y algún tipo de penetración sexual. Esto lo encontramos también en los datos recogidos en Basurto, donde los datos revelan que el 26,8% de las víctimas atendidas por sospecha de agresión sexual tenían antecedentes personales de patología mental o consumo de tóxicos.

El agresor fue mayoritariamente único, en un 86,5%, frente a un 13,5% en los que fueron varios (sin especificar cuántos) y concluyen en su estudio que es 6,43 veces más probable que se produzca una agresión por un único agresor IC 95% (4,53-9,11). En el 23,4% de los casos el agresor era desconocido. La relación con el agresor es una variable respecto a la que existe prácticamente unanimidad en los estudios publicados. Sin embargo, en nuestro estudio los datos revelan que tan solo un 22% de los agresores eran conocidos por sus víctimas (parejas o ex parejas en su mayoría), siendo el grueso de los casos desconocido (77,8%).

En cuanto a la exploración física y ginecológica, en el 69,4% de los casos del IVML no se encontraron lesiones extragenitales mientras que en un 30,6% sí las hubo. No hubo lesiones genitales en el 86,2% de los casos, siendo tan solo el 5,5% aquellas en las que hubo lesiones vulvo-vaginales y 1,8% anales, existiendo correlación con otras publicaciones. Por nuestra parte, en un 18,5% se encontraron lesiones físicas y en otro 18,5% lesiones genitales, predominando también en la región vulvo-vaginal.

Disponemos además de datos recientes publicados en la prensa local referentes a los casos de delitos contra la libertad sexual de las mujeres de lo que va de 2017. En lo que va de año (meses de Enero y Febrero) se han producido 12 delitos de esta índole (más del doble de los registrados en el mismo periodo de 2016). De ellos, 8 corresponden a agresiones sexuales<sup>30</sup>.

### **Consumo de alcohol y drogas. La sumisión química.**

En Basurto, un 33% de víctimas con sospecha de agresión sexual refirieron haber consumido alcohol voluntariamente, o por el contrario encontrarse en un estado de amnesia y no recordar lo que les había ocurrido durante un lapso de tiempo más o menos largo, de horas. En el IVML, se recogieron muestras toxicológicas en el 34,2% de los casos y de éstas el 54,9% fueron positivos y el 45,1% negativos. Y de aquellas que fueron positivas, el alcohol fue la sustancia más encontrada (41%), lo cual respalda nuestros hallazgos.

En relación a otros estudios, se encontró que aproximadamente la mitad de todas las agresiones sexuales son cometidas por un hombre que ha estado bebiendo alcohol. Del mismo modo, aproximadamente la mitad de las víctimas de agresión sexual reportan que estaban tomando alcohol en el momento del asalto. Por ejemplo, en un estudio, el 55% de las mujeres universitarias asaltadas sexualmente estaban por lo menos algo borrachas en el momento del incidente. Por otro lado, entrevistaron a 1.162 mujeres en un centro de atención a la agresión sexual y encontraron que el 38% de las mujeres reportaron estar bajo la influencia del alcohol durante su agresión. Y por último, otros autores llevaron a cabo un estudio longitudinal en el que entrevistaron a cerca de 3.000 mujeres y llegaron a la conclusión de que las mujeres que abusaban de alcohol y drogas ilícitas o sólo drogas eran significativamente más propensas a ser asaltadas sexualmente<sup>29</sup>.

Algunos autores establecen tres tipos de circunstancias<sup>9</sup>: la ingestión involuntaria de sustancias incapacitantes; es decir, sin conocimiento de la víctima; la ingestión voluntaria e involuntaria de sustancias incapacitantes (existe un consumo voluntario de alguna sustancia, por ejemplo el alcohol y/o otras drogas, pero a este consumo voluntario se suma el consumo involuntario de alguna sustancia añadida a la bebida o comida por una tercera persona); o el consumo voluntario de sustancias

incapacitantes que el agresor aprovecha para su beneficio. Además, cuando se trata de conseguir un acceso sexual sin la voluntad de la víctima mediante drogas incapacitantes, el retrato robot de esta suele ser “una mujer joven que ha estado previamente en un bar o discoteca bebiendo, en general, alcohol, que aparece en un lugar desconocido, desnuda o semidesnuda, con la sensación de que algo de tipo sexual le ha ocurrido y que no recuerda los hechos o tiene recuerdos parciales. Las víctimas tienen menos probabilidad de presentar lesiones genitales y tardan más tiempo que otras víctimas de agresión sexual en acudir al Hospital”.

Vemos por tanto en numerosos estudios y en los resultados obtenidos en el H.U. Basurto de nuestra investigación, que la sumisión química o uso de drogas facilitadoras de agresión sexual es un acontecimiento relativamente frecuente, con unos porcentajes estimados entre el 33 y el 55% de los casos reportados de agresión sexual, que las agresiones producidas responden al patrón descrito arriba y que de todas ellas destaca el alcohol como principal droga facilitadora de agresión sexual.

Por lo tanto, sería interesante aumentar el nivel de recogida de datos, la formación de profesionales para enfrentarse de un modo más eficaz a estos casos y estandarizar las actuaciones de dichos profesionales mediante el uso de normas y protocolos al respecto, ya que parece tratarse de una realidad cada vez más frecuente.

## **5. CONCLUSIONES**

### **5.1. EN CUANTO A PROTOCOLOS**

- La violencia sexual a menudo se encuentra tras la sombra de otras formas de violencia, como la violencia de género. Esto provoca que exista un menor conocimiento estadístico acerca de su magnitud y a su vez una menor existencia de recursos frente a ella. Sin embargo, parece que a lo largo de los años se ha ido tomando conciencia de ella y existen actualmente más recursos y protocolos destinados a ella, especialmente en los países desarrollados.
- A pesar de ello, a nivel mundial el uso de protocolos para el manejo de las agresiones sexuales no es generalizado, la existencia de los mismos y su conocimiento y puesta en marcha por parte de los profesionales sanitarios contribuye a mejorar la calidad en el diagnóstico, tratamiento y eficacia probatoria, así como evitar la llamada victimización secundaria a las víctimas.
- En cuanto a los protocolos españoles, no existe consenso entre las diferentes comunidades autónomas, existiendo grandes diferencias entre algunos de ellos, a pesar de la existencia de un protocolo común con dicha finalidad. También se han analizado los protocolos de dos hospitales terciarios de la CAPV y entre ellos tampoco existe igualdad, ni se tiene constancia en uno de ellos de que se lleven a cabo los mínimos procedimientos diagnósticos, terapéuticos o médico-legales presentes en otros protocolos.

### **5.2. EN CUANTO A CONSERVACIÓN Y REGISTRO DE DATOS**

- La falta de reconocimiento de la violencia sexual frente a otras formas de violencia contra las mujeres no solo queda reflejada en la escasez de protocolos y capacitación profesional, sino que se traduce también en una falta de datos fiables acerca de la magnitud del problema, ya sea porque las mujeres lo oculten o por la dificultad para definir los diferentes tipos de violencia. Hemos encontrado grandes dificultades para la obtención de datos homogéneos y fidedignos en los hospitales estudiados, pertenecientes ambos a la misma red pública sanitaria.

- De los datos que hemos podido analizar sacamos las siguientes conclusiones (solo se han podido estudiar las siguientes variables en el H.U. Basurto): las agresiones sexuales a mujeres que han sido denunciadas y registradas se producen en su mayoría sobre víctimas entre 20 y 30 años, por parte de desconocidos, en más del 80% no se describen lesiones asociadas (es importante ser conocedores de estos datos de cara a la credibilidad de las víctimas en una sospecha de agresión sexual) y solo en la cuarta parte se asocia patología mental o consumo de tóxicos, aunque los casos de sumisión química están en aumento.

## **6. RECOMENDACIONES**

- Generalizar el uso de protocolos homogéneos en todas las comunidades autónomas y formar al personal sanitario tanto en la detección como en el correcto manejo de todos los tipos de violencia contra las mujeres, haciendo hincapié en el manejo de las agresiones sexuales en los Servicios de Urgencias Ginecológicas Hospitalarias.
- La creación de registros similares y facilitar el acceso a los datos para contar con cifras reales y así comprobar la efectividad de los recursos puestos en marcha frente a las diferentes formas de violencia.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003 [citado 25 Enero 2017] p. 159-190. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf)
2. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [citado 21 Enero 2017] p. 1-56. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/).
3. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer y Presidencia del Gobierno Vasco; 2001 [citado 19 Diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia\\_coordinacion/es\\_def/adjuntos/1.acuerdo.interinstitucional.cas.pdf](http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_coordinacion/es_def/adjuntos/1.acuerdo.interinstitucional.cas.pdf)
4. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual [Internet]. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer; 2009 [citado 23 Diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia\\_coordinacion/es\\_def/adjuntos/2.acuerdo.interinstitucional.cas.pdf](http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_coordinacion/es_def/adjuntos/2.acuerdo.interinstitucional.cas.pdf)
5. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España [Internet]. Barcelona: Fundación "la Caixa"; 2002 [citado 26 Enero 2017] p. 9-75. Disponible en: <http://www.estudios.lacaixa.es>
6. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [Internet]. BOE núm. 313, de 29 de Diciembre de 2004 [citado 30 Enero 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
7. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. [Internet]. Geneva: World Health Organization;

- 2013 [citado 21 Enero 2017] p. 16-20. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
8. Ministerio del Interior. Anuario Estadístico del Ministerio del Interior [Internet]. Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior; 2016 [citado 26 Enero 2017] p. 161-169. Disponible en: <http://www.interior.gob.es>
  9. Portero G, Abasolo A, De Francisco M, Sudupe A, Hidalgo A. Agresiones y abusos sexuales en Bizkaia. Víctimas. Bienio 2009-2010. 1st ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011.
  10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 8 Marzo 2017] p. 65-80. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)
  11. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº 281 de 24 de noviembre de 1995: Título VIII. Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales; 1995.
  12. Ministerio de Justicia. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica [Internet]. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones; 2005 [citado 26 Diciembre 2016] p. 14-31. Disponible en: <http://www.interiuris.org/archivos/Guia%20y%20Manual%20de%20Valoracion%20Integral%20Violencia%20de%20Genero%20y%20Domestica.pdf>
  13. Rodríguez A. Sin rastro de la burundanga en Bizkaia. Deia [Internet]. 3 de Febrero 2017; Disponible en: <http://www.deia.com/2017/01/29/bizkaia/sin-rastro-de-burundanga>
  14. Subdirección General de Organización y Coordinación Territorial de la Administración de Justicia. Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación [Internet]. Madrid: Ministerio de Justicia; 2012 [citado 20 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/07/Instrucciones-sumisiOn-quimica-definitiva.pdf>

15. 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. [Internet]. Noticias Jurídicas. 2017 [citado 3 Enero 2017]. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/o1291-2010-jus.html#i](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/o1291-2010-jus.html#i)
16. Osakidetza, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual con las mujeres [Internet]. Bilbao: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2008 [citado 11 Octubre 2016]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/maltrato\\_domestico/es\\_maltrato/adjuntos/protocoloSanitarioAnteMalosTratosDomesticos.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/maltrato_domestico/es_maltrato/adjuntos/protocoloSanitarioAnteMalosTratosDomesticos.pdf)
17. Documento de Consenso sobre el Protocolo de actuación ante las agresiones sexuales. Bilbao: Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto; 2016.
18. Instituto Vasco de Medicina Legal. Memorias de Actividad anual del IVML [Internet]. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco; 2007-2015 [citado 30 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.justizia.net/resultados-busqueda? charset =windows-1252&cbuscar=memoria+ivml&bbuscar=Buscar&tipo=&txtBotonFiltrado=Cerrar+filtrado>
19. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:359–370.
20. Servicio de Investigación Social de Fundación EDE. Violencia contra las mujeres en la CAPV. Datos de 2014 y primer trimestre de 2015 [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Emakunde/Instituto vasco de la mujer; 2015 [citado 8 Noviembre 2016] p. 27-50 y 127-143. Disponible en: [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia\\_evaluacion\\_informes/es\\_def/adjuntos/informe\\_final\\_2014\\_2015-06.pdf](http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/informe_final_2014_2015-06.pdf)
21. Grupo de Trabajo del Observatorio de la Violencia de Género en Bizkaia. II informe de recomendaciones y propuestas de mejora sobre la actuación institucional en materia de violencia contra las mujeres en el territorio histórico de Bizkaia [Internet]. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia; 2013 [citado 7 Marzo

- 2017]. Disponible en: [http://www.bizkaia.eus/gizartekintza/Genero\\_indarkeria/pdf/dokumentuak/II\\_Informe\\_Recomendaciones.pdf](http://www.bizkaia.eus/gizartekintza/Genero_indarkeria/pdf/dokumentuak/II_Informe_Recomendaciones.pdf)
22. Osborne R. Apuntes sobre violencia de género [Internet]. 1st ed. Edicions Bellaterra; 2009 [citado 14 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.mpd.gov.ar/users/uploads/1366222365Osborne\\_Apuntes%20sobre%20violencia%20de%20genero\\_cap%20I.pdf](http://www.mpd.gov.ar/users/uploads/1366222365Osborne_Apuntes%20sobre%20violencia%20de%20genero_cap%20I.pdf)
  23. Dirección General de Salud Pública. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales [Internet]. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2006 [citado 20 Diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.humv.es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=44](http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=44)
  24. Dirección General de Planificación y Evaluación del Gobierno de Cataluña. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud; 2009 [citado 20 Diciembre 2016] p. 35-38. Disponible en: [http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/cast\\_femchist.pdf](http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/cast_femchist.pdf)
  25. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género. Actuación ante agresiones sexuales [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015 [Citado 20 Diciembre 2016] p. 70-76. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/violencia\\_genero\\_2015/protocolo\\_violencia\\_genero.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/violencia_genero_2015/protocolo_violencia_genero.pdf)
  26. Instituto Navarro de la Mujer. Protocolo de actuación coordinada en la asistencia a víctimas de violencia de género. Guía para profesionales [Internet]. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.; 2006 [citado 20 Diciembre 2016] p. 45-47. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/107517/ProtocoloActuacionINAM.pdf>
  27. GeSIDA. Grupo de estudio del SIDA-SEIMC. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH,

- VHB y VHC en adultos y niños [Internet]. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida; 2015 [9 Marzo 2017] p. 25-50. Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>
28. De Miguel V. Macroencuesta de violencia contra la mujer [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2015 [citado 9 Marzo 2016] p. 33-52. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
29. Abbey A, Zawacki T, Buck P, Clinton A, McAuslan P. Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed?. *Aggression and Violent Behavior* [Internet]. 2003 [citado 22 Febrero 2017]; 9:271-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616254/>
30. Reviriego J. Los delitos sexuales contra las mujeres crecen en Bilbao, con 58 agresiones y abusos en 2016. *El Correo*. 30 de Marzo de 2017.