



ciencia

REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL 13 2016

forense

Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual

Jorge González Fernández [coord.]

M^a Begoña Martínez Jarreta

José M^a Tenías Burillo

La versión original y completa de esta obra debe consultarse en:
<https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/3580>



Esta obra está sujeta a la licencia CC BY-NC-ND 4.0 Internacional de Creative Commons que determina lo siguiente:

- **BY (Reconocimiento):** Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
- **NC (No comercial):** La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- **ND (Sin obras derivadas):** La autorización para explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.

Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa
de Medicina Legal

Núm. 13

CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa de Medicina Legal

NÚM. 13

Coordinador del Monográfico:

JORGE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

Autores

JORGE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

M^a BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA

JOSÉ MARÍA TENÍAS BURILLO



INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO» (C. S. I. C.)

Excma. Diputación de Zaragoza

Zaragoza, 2016

Publicación número 3.505
de la
INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»
(Excma. Diputación de Zaragoza)
Plaza de España, 2
50071 ZARAGOZA (España)
Tff.: [34] 976 28 88 78/79 - Fax: [34] 976 28 88 69
ifc@dpz.es
<http://ifc.dpz.es>

FICHA CATALOGRÁFICA

CIENCIA FORENSE. Revista Aragonesa de Medicina Legal. N° 1
(1999).- Zaragoza: Institución «Fernando el Católico»,
1999.- 24 cm

Anual

ISSN: 1575-6793

I. Institución «Fernando el Católico», ed.

340.6(460.22)

Toda correspondencia, peticiones de envío, canje, etcétera, deben dirigirse a la Institución «Fernando el Católico». Las normas de presentación de originales se encuentran al final de la revista.

La Revista *CIENCIA FORENSE* no se identifica con las opiniones o juicios que los autores exponen en uso de la libertad intelectual que cordialmente se les brinda.



Diseño de cubierta: Víctor Lahuerta Guillén.

© Los autores.

© De la presente edición: Institución «Fernando el Católico».

ISSN: 1575-6793

Depósito Legal: Z-879/99

Preimpresión

e impresión: ARPIrelieve, S. A.

CIENCIA FORENSE
REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL

Directora

PROF. DRA. MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA
Catedrática de Medicina Legal y Forense. Universidad de Zaragoza (ESPAÑA)

Coordinador del Monográfico

DR. JORGE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja

Consejo Asesor

DR. JOSÉ MARÍA ABENZA ROJO	PROF. DR. EMILIO HUGUET RAMIA
DR. JOSÉ ASO ESCARIO	PROF. ^a DRA. MARÍA VICTORIA LAREU HUIDOBRO
D. ARMANDO BARREDA HERNÁNDEZ	PROF. DR. MANUEL LÓPEZ RIVADULLA
PROF. DR. BRUCE BUDOWLE	PROF. DR. JOSÉ A. LORENTE ACOSTA
PROF. DR. ÁNGEL CARRACEDO ÁLVAREZ	PROF. DR. AURELIO LUNA MALDONADO
PROF. ^a DRA. MARÍA CASTELLANO ARROYO	PROF. DR. IGNACIO MUÑOZ BARÚS
DR. JUAN ANTONIO COBO PLANAS	PROF. DR. EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ
PROF. DR. LUIS CONCHEIRO CARRO	D. LUIS PASTOR EIXARCH
PROF. DR. NUNO DUARTE VIEIRA	PROF. ^a DRA. MARÍA DOLORES PÉREZ CÁRCELES
DRA. ANA FERRER DUFOL	PROF. ^a DRA. MARÍA SOL RODRÍGUEZ CALVO
PROF. DR. LUIS FRONTELA CARRERAS	PROF. DR. MANUEL RODRÍGUEZ PAZOS
DR. SERGIO GALLEGO RIESTRA	PROF. DR. CARLOS ROMEO CASABONA
PROF. DR. JOAQUÍN GAMERO LUCAS	DR. JAVIER SÁNCHEZ CARO
PROF. DR. MANUEL GENÉ BADÍA	DR. MANUEL SANCHO RUIZ
PROF. ^a DRA. MARINA GISBERT GRIFO	PROF. ^a DRA. AURORA VALENZUELA GARACH
PROF. ^a DRA. M ^a DE LOS ÁNGELES MARTÍNEZ DE PANCORBO	PROF. DR. JUAN LUIS VALVERDE VILLARREAL
PROF. DR. CLAUDIO HERNÁNDEZ CUETO	PROF. DR. JOSÉ DELFÍN VILLALALÁIN BLANCO
PROF. DR. RAFAEL HINOJAL FONSECA	PROF. DR. ENRIQUE VILLANUEVA CAÑADAS
	PROF. DR. FERNANDO BANDRÉS MOYA

A los Directores y Subdirectores de todos los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses y de la Clínica Médico Forense de Madrid, y a los Médicos Forenses de Ceuta y Melilla, por su colaboración y su extraordinaria sensibilidad en esta delicada materia, reflejada en sus aportaciones, sugerencias y comentarios, que han contribuido a enriquecer las orientaciones y propuestas para la mejora práctica de la atención a las personas que sobreviven a la violencia sexual.

A todos, ¡Gracias!

JORGE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ÍNDICE

ARTÍCULO ORIGINAL

1. INTRODUCCIÓN	13
1.1 La violencia sexual: concepto y definiciones	16
1.2 La victimización secundaria	17
1.3 La atención centrada en la persona	19
1.4 Principales guías de actuación	25
1.5 Estándares de calidad	34
2. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA.....	82
2.1 Diseño del estudio	84
2.2 Análisis y valoración de las encuestas	86
2.3 Propuestas para la mejora de la práctica forense.....	133
3. PLAN DE ACTUACIÓN URGENTE.....	145
4. BIBLIOGRAFÍA	147
ANEXOS.....	159
NORMAS DE PUBLICACIÓN	173

ARTÍCULO ORIGINAL

BUENAS PRÁCTICAS EN LA VALORACIÓN PERICIAL DE PERSONAS QUE SOBREVIVEN A LA VIOLENCIA SEXUAL

DR. JORGE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

DRA. M^a BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA

DR. JOSÉ MARÍA TENÍAS BURILLO

1. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual, en cualquiera de sus formas, supone una de las más terribles experiencias vitales que puede padecer un ser humano. Provoca, junto con el daño físico, un sufrimiento psíquico derivado de la vulneración del bienestar, de la autonomía, de la privacidad y de la seguridad (1), constituyendo un problema complejo con aspectos médicos, psicológicos y legales (2).

Se trata de una forma de violencia omnipresente, que se produce en todas las culturas, en todos los niveles de la sociedad y en todos los países del mundo. Cualquier persona puede experimentar un asalto sexual en cualquier momento de su vida, si bien está documentado y ampliamente aceptado que las víctimas más frecuentes son mujeres y que la mayoría de los perpetradores son hombres, que en las mujeres el riesgo de ser atacadas sexualmente se da tanto en la infancia como en la edad adulta, mientras que en los hombres la mayor prevalencia se da en la niñez, y que la mayoría de las víctimas conocen a su atacante (3) (4). Este último dato es de gran interés, ya que cuanto más cercana es su relación con la víctima, más difícil le resulta a esta hablar sobre el asalto (5).

Se registra en todos los países, aunque en la mayor parte de ellos esta cuestión no ha sido suficientemente investigada. En el mundo, al menos una mujer de cada tres ha sido agredida o coaccionada sexualmente, o ha sido víctima de alguna otra forma de abuso sexual en un momento de su vida (6). Según estimaciones, hasta un 20% de mujeres y un 3% de hom-

bres serán víctimas de una violación o de una tentativa de violación a lo largo de su existencia (7) (8).

En España, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer publicada en el año 2015, desvelaba que el 7,2% de las mujeres de más de 16 años de edad han sido víctimas de violencia sexual a lo largo de su vida, debiendo observarse que en este estudio se incluyen como positivos aquellos casos en los que ha existido un intento de obligar a mantener relaciones sexuales, aunque al final no tuvieran lugar. También se conoció el dato de casos de mujeres de más de 16 años que en los últimos doce meses fueron víctimas de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja, que alcanzó un 0,6% (9). Otro estudio llevado a cabo en 2013 en el Hospital Clínico de Barcelona, sobre un total de 1.203 personas atendidas en su servicio de Urgencias con un diagnóstico de Agresión sexual entre los años 2007 y 2012, aportaba datos sobre la edad media de los/las pacientes, 29 años, con una proporción por sexos de un 94% de mujeres, y la particularidad contraria a otras publicaciones de que el agresor era una persona desconocida en el 60% de los casos (10).

La encuesta realizada en Francia en el año 2000, sobre una muestra de 6.970 mujeres entre 20 y 59 años, indicó que un 11% había sufrido al menos una agresión sexual en el curso de su vida, y que alrededor de la mitad de ellas no había hablado jamás de este asunto antes de la encuesta (11). Otro estudio desarrollado en Francia sobre 756 casos de agresión sexual (12) permitió evaluar la identidad del agresor, comprobando que en las víctimas de 15 y más años un 62'2% conocía al abusador: en el 10% de los casos el agresor era el excónyuge o la expareja, en un 9'6% el marido o la persona con la que convivía, mientras que en otro 5% se trataba de un familiar de la víctima; en el 37'7% de los casos el agresor era un extraño.

La encuesta de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea hecha pública en marzo de 2014 estimó que 3,7 millones de mujeres en la UE fueron víctimas de violencia sexual durante los 12 meses previos a la entrevista, lo que representa el 2% de las mujeres de entre 18 y 74 años de edad en la UE, y que una de cada 20 (5%) ha sido violada a partir de los 15 años de edad (13).

En Estados Unidos, la Encuesta nacional de Violencia de pareja y sexual del año 2010 estimó que anualmente se producen 1,3 millones de agresiones físicas relacionadas con violaciones contra las mujeres. El 18'3% de mujeres y el 1'4% de hombres encuestados informaron de que habían sido víctimas de una violación o de un intento de violación durante su vida (14). Otras encuestas de población indican una prevalencia a lo largo de la vida de entre un 13 y un 39% en el caso de mujeres y un 3% en el caso de hombres (15) (16). Respecto al autor, entre 2005 y 2010 el 78% de las agresiones sexuales fueron cometidas por un miembro de la familia, la pareja, un amigo o un conocido (17).

Todos estos datos permitieron al Proyecto COSAI [Comparing Sexual Assault Interventions] sostener la hipótesis de que probablemente los números reales estén subestimados, ya que se trata de uno de los crímenes menos declarado; además, algunas de las formas de violencia sexual, especialmente aquellas que incluyen fuerza no física o degradación sexual verbal, tienen mayores tasas de incidencia pero pueden ser percibidos por las víctimas o por los perpetradores como modos de relación normal (18), llegando a estimar que los rangos reales se encuentran entre un 6,8 y un 33,2% (19). Autores como Parsons y Allen consideran que sólo presentan denuncia el 10% de las supervivientes (20).

La decisión de solicitar consulta médica por la agresión, o de denunciar el hecho, responde a la suma y el balance de una serie de factores (7) que engloban desde sus propias circunstancias –y entre ellas los aspectos culturales–, hasta sus expectativas de recibir un trato justo y equitativo por parte de los profesionales, incluyendo el miedo de la policía, el miedo a no ser creído/a, la vergüenza, la culpabilidad, el deseo de olvidar el hecho, o incluso el temor a que los datos de su violación puedan hacerse públicos (15) (21) (22) (23). Además de las mencionadas, han sido recogidas en la literatura otras causas que retraen a la mujer de presentar denuncia: posible estigmatización, vergüenza y temor a sufrir discriminación, falta de apoyo e incluso aislamiento por su familia y por otras personas, temor a represalias del perpetrador, sentimientos de culpabilidad, revictimización institucional y percepción de que los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley son ineficaces o abusivos (6). Muchas víctimas dudan de que su denuncia se resuelva con éxito, dudas que se justifican con el dato de que en Estados Unidos menos de la mitad de los casos de violación se aclaran satisfactoriamente (24) (25), mientras que en nuestro país el nivel de eficacia policial en el esclarecimiento de este tipo de delitos se situó durante el año 2004 en el 76'49% (26). También se citan como factores que influyen en la decisión de no denunciar una violación el temor a perder su estatus como inmigrantes, la dificultad para acceder a los servicios, bien anímica o bien por falta de medios para el desplazamiento, y las dificultades idiomáticas (1). Además, en el medio rural debe atenderse a circunstancias especiales como la prevalencia de actitudes culpabilizadoras hacia las víctimas, las dificultades en la accesibilidad a los servicios, la confidencialidad de la víctima e incluso la imagen pública del agresor, factores que inciden en la disminución de las denuncias y en el manejo del asalto (27) (28). Por último, y sobre todo en los casos en que el agresor es conocido, las amenazas de este sobre la víctima pueden llegar a presentarse en 2 de cada 3 situaciones (29).

Al margen de estos condicionantes, algunas víctimas no demandan ayuda porque simplemente quieren ir a un lugar seguro, asearse y tratar de olvidar los hechos (1); o, en otros casos, de manera inconsciente puede no desear la consulta ya que en ella será requerida para recordar los acontecimientos, situación que se recrudece en el examen ginecológico durante el

qual deberá desnudarse, lo que puede producirle sensaciones que le recuerden y revivan la agresión (22).

Por otra parte, los hombres son mucho menos propensos a denunciar que las mujeres y por esta razón la información sobre el alcance de la violencia sexual contra ellos está especialmente limitada (3). En cualquier caso, las denuncias por agresión sexual en varones adultos o adolescentes son alrededor de diez veces menos frecuentes que en las mujeres (30).

En cuanto al contexto en el que se producen, las encuestas han demostrado que aproximadamente el 25-30% de las mujeres fueron sometidas a violencias en el ámbito de la pareja, de ellas un tercio fueron golpeadas, otro tercio golpeadas y violadas y el tercio restante violadas bajo una percepción moral de presunción de consentimiento de la relación sexual dentro de la pareja (31). En general, en estos casos es poco frecuente que la víctima consulte, permaneciendo la violencia oculta y difícilmente detectable (32) (33) (34) (35).

Otro tipo de agresión es la denominada por los autores anglosajones como «violación de la cita», en la que la víctima puede alcanzar un cierto grado de intimidad con su futuro agresor, recibéndole o acudiendo a su domicilio, siendo presionada por el varón a tener relaciones sexuales mediante la agresión verbal, frecuentemente sin violencia física; a menudo está implicado el alcohol, más frecuentemente en la víctima que en el agresor. Las consecuencias psicológicas en las supervivientes de este tipo de asalto son tan graves como en los casos de violación violenta por parte de un desconocido, resultando estos efectos reforzados por el hecho de que la víctima se autculpabiliza y el agresor no tiene la percepción de haber violado a su víctima, sino simplemente de haber tenido relaciones sexuales (31).

Por otra parte, las mujeres que ya sufrieron una agresión sexual, especialmente en su infancia, tienen mayor probabilidad de ser nuevamente víctimas de un asalto, refiriéndose la literatura a esta situación como «*revictimización sexual*», que llega al extremo de que dos de cada tres personas agredidas sexualmente son revictimizadas en el futuro, siendo el abuso en la infancia el mejor predictor (36). Otras publicaciones hacen referencia a que entre un tercio y un cuarto de las víctimas de abuso sexual han sido anteriormente violadas al menos una vez. Entre estas víctimas «de repetición» se constata una especie de fatalismo ante la violencia que se ejerce sobre ellas; se trata de mujeres muy vulnerables que a menudo pertenecen a colectivos desfavorecidos y mal integrados en la sociedad, como parados de larga duración que viven en pequeños suburbios, entre quienes aparecen alcoholismo y aislamiento (31).

1.1. LA VIOLENCIA SEXUAL: CONCEPTO Y DEFINICIONES

En la literatura científica los términos asalto sexual, violación, abuso sexual y violencia sexual significan en general lo mismo y se emplean indistintamente (19).

Sin embargo, su significado jurídico no es similar, existiendo diferencias en el Código Penal español, que distingue aquellas conductas en las que se utiliza violencia o intimidación y que tipifica como agresión sexual, de otras en las que sin mediar consentimiento no existen tales condicionantes, considerándolas como abuso sexual; concreta para las primeras que *«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»* (37).

Al margen de estas consideraciones legales, las diferentes guías y protocolos de atención médica o médico-legal establecen sus propias definiciones, y así, las Directrices para la asistencia médico-legal de víctimas de violencia sexual, publicadas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, consideran la violencia sexual como *«Cualquier acto o intento de consumir un acto sexual no deseado, utilizando coacción o amenazas realizado por cualquier persona, con independencia de su relación con la víctima, y en cualquier lugar, incluyendo la casa y el trabajo»* (3).

En España el *«Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género»* describe la violencia sexual como la *«Imposición a la mujer de un comportamiento sexual contra su voluntad, bien se produzca por parte de su pareja o por parte de otras personas»* (38).

Respecto a los países referentes en materia de atención centrada en la víctima, debe citarse la revisión realizada en 2013 por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, que considera la violación como *«La penetración, por leve que sea, de la vagina o el ano con cualquier parte del cuerpo u objeto, o la penetración oral de un órgano sexual de otra persona, sin el consentimiento de la víctima»* (1).

1.2. LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

La victimización secundaria deriva de todas aquellas acciones, omisiones y conductas inadecuadas de los funcionarios y empleados públicos que entran en contacto con la víctima en cualquier etapa del proceso penal, provocándole algún tipo de daño físico, psicológico o patrimonial (39). Ocurre, por tanto, como resultado de la respuesta inadecuada, fría, incomprensiva e insensible de las instituciones y los individuos hacia las víctimas.

Concretamente, existe una clara tendencia del sistema de justicia para crear traumas secundarios en las víctimas supervivientes de violación, a través de una actuación insensible o culpabilizadora (40).

Resulta obvio que como principio de atención, los profesionales médicos –legales y terapéuticos– deben evitar la victimización secundaria que derive de una atención descuidada hacia las víctimas o de comportamientos anómalos (19).

El trauma psicológico es único para cada víctima y la respuesta inicial es diferente en cada caso. Además pueden tener múltiples y diversas preocupaciones: pueden tener miedo a que los familiares y amigos les rechacen o culpabilicen, pueden temer deshonrar a sus familias o a que sus familias busquen venganza contra el agresor, pueden temer el trato que recibirán de los proveedores de servicios por su origen cultural, pueden temer que el perpetrador ataque o acose a sus allegados, y también pueden temer por su situación como inmigrante en el país o por su situación económica sobre todo si el agresor es la pareja (1).

Las personas que sobreviven a un asalto sexual pueden sufrir un distress emocional cuando informan de su experiencia, y la forma en cómo los proveedores de servicios responden puede tener consecuencias muy profundas en la percepción de la atención recibida y en la posterior adaptación y recuperación (41).

El contacto de la víctima con el sistema judicial, y la respuesta que este proporciona, contienen una violencia sobreañadida derivada de la múltiple reviviscencia del suceso a la que es sometida. La prioridad por el esclarecimiento de la realidad objetiva del hecho delictivo, olvidando la atención a la víctima, a quien se le da en ocasiones un trato despersonalizado, es uno de los principales factores que inciden en la victimización secundaria. Por ello, resulta necesario establecer unos mecanismos que disminuyan estos impactos psicológicos, evitando la reproducción de los estresores mediante la reducción de las declaraciones o actuaciones procesales en las que deba tomar parte activa la víctima (42), mitigando de esta forma el riesgo de victimización secundaria. Así, cualquier intervención del sistema orientada en esta dirección permite un mejor acceso a la justicia y contribuye a los esfuerzos de las supervivientes para reconstruir su dignidad y autonomía, al tiempo que ayuda a prevenir los potenciales asaltos sexuales gracias a la mayor probabilidad de que los autores sean procesados. En definitiva, puede asegurarse que las buenas prácticas ayudan a evitar la revictimización en estos procesos (43).

Campbell y Ahrens (44) realizaron un estudio multimétodo longitudinal, publicado en 1998, en el que encontraron dos factores que redujeron el riesgo de victimización secundaria: por una parte, la centralización de los servicios (fiscales, policía, médicos, enfermeras y trabajadores sociales) en un mismo lugar disminuía el número de veces que la víctima debía explicar el asalto y facilitaba el acceso a los servicios; y por otra, la formación y especialización en agresiones sexuales contribuía a cuestionar las creencias y prejuicios de los proveedores y a sensibilizarles ante el trauma emocional de las víctimas.

Pero no solo la victimización secundaria debe preocupar al profesional; cualquier otro desorden psíquico que pueda presentarse como consecuencia de un suceso vital estresante debe estar presente en el pronóstico de las supervivientes: desde trastornos adaptativos ansiosos o depresivos, hasta una transformación permanente de la personalidad, pasando por los tras-

tornos por estrés en sus distintas formas (45) (46). Por este motivo, los intervinientes, pertenezcan al ámbito profesional que sea, deben tener siempre presente que el trato con respeto y compasión a una víctima de asalto sexual durante todo el examen ayuda a su recuperación (3).

1.3. LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La Violencia Sexual es una forma especial de delito, a consecuencia del cual la víctima pierde el control sobre su vida y sobre su integridad personal, entrando en una situación de estrés intenso y agudo (22). La víctima lo padece con un miedo a sufrir un grave daño físico o incluso la muerte, al que se añaden sensaciones de impotencia y desesperanza en cuanto a su incapacidad para escapar o evitarlo, con importantes consecuencias físicas, mentales y sociales (21) (47), y graves secuelas en la vida sexual y reproductiva (6), afectando a su felicidad y bienestar, y a sus niveles de confianza y de autoestima (5).

Debe tenerse en cuenta que estos daños no afectan únicamente a la propia superviviente, sino también a sus familiares, amigos, y, en definitiva, a todo su entorno, provocando un coste social elevadísimo (13).

Se trata por tanto de una cuestión compleja, con aspectos médicos, legales y psicológicos que deben ser abordados de manera integral y multidisciplinar, desde una perspectiva orientada a proporcionar a la víctima la debida asistencia sanitaria, a conseguir el mayor número de evidencias que contribuyan al esclarecimiento de los hechos y a paliar en la medida de lo posible el impacto que este suceso tiene sobre la persona (48).

Sobre este acontecimiento altamente estresante va a incidir el posterior choque de la mujer superviviente con el sistema judicial, de tal modo que, de cómo interactúe la primera persona (policía, médico, abogado...) que asista a la víctima dependerá en gran medida su evolución posterior, por lo que la buena práctica de todos los intervinientes constituye una responsabilidad ética y legal de primer orden.

Desde la perspectiva pericial forense, la mejora de la actuación en cuanto a la adecuación de la práctica de la prueba al tipo delictivo sufrido, debe ir orientada a la correcta atención de las necesidades de las supervivientes y a la humanización de los servicios técnicos.

La evaluación exige una metodología reglada que permita prestar una asistencia de calidad, desde la perspectiva ginecológica y desde la médico-legal, y al tiempo otorgue el debido rigor científico a la prueba pericial. Así, la atención debe responder a un triple requerimiento: el adecuado cuidado de la salud física y mental de la víctima, la valoración pericial de las posibles lesiones y la correcta obtención de evidencias médico-legales para lograr un procedimiento judicial con las máximas garantías (49). Y todo ello debe estar presidido por una sensibilidad que permita reducir los sucesivos im-

pactos psicológicos causados por la intervención de los diferentes agentes jurídicos y sociales (3).

Hay que considerar que socio-culturalmente las víctimas tienen confianza y respeto por el médico, por lo que este debe corresponder con humanidad y empatía, empleando las técnicas apropiadas al caso (50). En este contexto, el Médico Forense nunca debe olvidar su primera condición, la de médico, ni por tanto su obligación de atender a cualquier persona víctima de un suceso traumático de manera empática y compasiva, entendiendo esta compasión como la preocupación por la aflicción de otra persona (51). El perito realizará las exploraciones bajo condiciones técnicas y científicas que contribuyan al esclarecimiento de los hechos, no solo como una obligación profesional, sino también movido por un compromiso ético para que su servicio se dirija a la búsqueda del agresor para su puesta a disposición de la autoridad, lo que influirá positivamente en el resarcimiento de la víctima. Solo de esta manera se realizará una prueba pericial correcta, que más allá de contribuir a la aplicación de la Justicia facilite a la superviviente su mejor adaptación y respuesta al suceso.

En nuestro sistema de Justicia, la necesidad de jueces, fiscales y policías de obtener una declaración de la superviviente, la actuación de los Médicos Forenses dirigida a conseguir pruebas, los reconocimientos médico-ginecológicos a los que debe ser sometida, e incluso el cuestionamiento de su testimonio basado en la constitucional presunción de inocencia del victimario, deben ser abordados con gran sensibilidad, ya que conllevan nuevas reviviscencias del suceso con el consecuente reforzamiento del estresor.

En relación con esta cuestión, el Mapping the current situation del CO-SAI Project identificó en la mayoría de los países incluidos en las entrevistas que el proceso judicial es a menudo ineficaz y arbitrario, y los profesionales que participan en él fueron percibidos con insuficiente conciencia y sensibilidad hacia las cuestiones de la violencia sexual y la angustia emocional que aparece en estos casos (5).

Por ello, las diferentes instituciones implicadas deben prestar una asistencia multidisciplinar sensible que, cuidando la minimización de los impactos originados por la inclusión de los hechos en el sistema judicial, consiga una mejora en el pronóstico del posible daño psíquico consecuente. Así lo entendió el Departamento de Justicia de los Estados Unidos cuando su Oficina de Violencia contra la Mujer, en respuesta a la Ley de Violencia contra las Mujeres de 1994, estableció un Protocolo Nacional para crear normas enfocadas a atender las necesidades y preocupaciones de las víctimas de asalto sexual de una manera compasiva, sensible y sin prejuicios. Esta «atención centrada en la víctima» pretende asegurar que sus deseos, su seguridad y su bienestar adquieran prioridad en todos los asuntos y procedimientos, tal como se indica en el National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents, y todo ello en un contexto en el que comprender el trauma de las personas que sobreviven a una agresión sexual debe formar parte intrínseca de su cuidado (52).

Por su parte, el Consejo de Europa en su «*Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*» del 12 de abril de 2011 celebrada en Estambul, acordaba en el artículo 25 que «*Las partes firmantes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo para la puesta en marcha de centros de referencia –en número suficiente para un fácil acceso de las víctimas de violación o de violencia sexual– en los que proveer su examen médico y forense, y dar soporte y orientación ante el trauma*» (53).

Este examen puede ser traumatizante por sí mismo: someterse a un reconocimiento interno –e incluso externo– tras una agresión sexual es una perspectiva desalentadora, y la investigación muestra que puede ser experimentado como «otro asalto» en el peor de los casos, o incómodo e invasivo en el mejor (23), por lo que resulta estrictamente necesaria una atención particular e individualizada (54). Cada paciente debe ser evaluada y tratada como un individuo único (55), anteponiendo sus necesidades como persona y evitando cualquier situación que pueda agravar su estado (34).

Esta atención individualizada viene obligada por la amplia gama de emociones con las que pueden manifestarse las consecuencias de un asalto sexual: algunas víctimas pueden aparecer tranquilas, indiferentes, sumisas, enojadas, poco cooperadoras e incluso hostiles hacia quienes tratan de ayudarles (1), incluso pueden reír, a veces de manera aparentemente inapropiada. En definitiva, cada persona responde de manera diferente, por lo que debe permitirse a la superviviente que exprese sus emociones en un ambiente de apoyo y libre de prejuicios. Es importante que los primeros profesionales en atender a la víctima comprendan que no hay una manera correcta o incorrecta de reaccionar al asalto, y por ello, la respuesta emocional de la víctima no debe influir en la calidad de la atención prestada, al no ser indicativa del nivel de gravedad del asalto, ni de si éste tuvo lugar o no. Entre las reacciones y temores más comunes ya han sido descritos el miedo a no ser creído/a, a ser culpado/a del asalto, a las represalias por parte del delincuente, a la pérdida de apoyo del cuidador principal si este es el autor, a los procesos de justicia, a que familiares y amigos conozcan el asalto, a ser etiquetado como «víctima», además de los sentimientos de vergüenza y de culpa, de inseguridad y de pérdida de control, la hipervigilancia, la vulnerabilidad, el desconcierto... (55) (56).

Por todo ello, resulta crucial para la recuperación de la persona que los primeros en intervenir, los examinadores, los defensores y otros operadores implicados, proporcionen a los/las supervivientes una atención libre de prejuicios, completa, sensible y compasiva (57), siendo comprensivos con la víctima, tratándola con empatía, y transmitiéndole que su decisión de solicitar ayuda o de denunciar es valiente, que no es responsable en absoluto de su asalto y que únicamente la actitud del agresor es condenable. Debe trasladarse seguridad y tranquilidad respecto a que su reacción, la que fue, es normal, ya que al no haber víctima típica no hay respuesta típica.

También es importante tener en cuenta que la persona, en ocasiones, puede no recordar todo el incidente o no está dispuesta a hablar de deter-

minados aspectos (58), de tal modo que el examinador debe entender que las reacciones de mutismo, oposición, pérdida de memoria, y otras que la víctima puede presentar son normales y están relacionadas con el estado de estrés intenso que ha experimentado. A menudo las personas que sufren este tipo de agresiones presentan trastornos psicológicos secundarios, derivados del efecto neurobiológico que produce el asalto, y que pueden parecerse a un estrés postraumático, incluyendo depresión, sentimiento de culpa, vergüenza e incapacidad para recordar plenamente el incidente; incluso puede haber respuestas fisiológicas para este tipo de trauma, entre ellas estados de parálisis que la víctima puede experimentar durante la agresión. Comprender la respuesta de un cuerpo a un trauma relacionado con un asalto sexual es fundamental para la investigación, ya que la ausencia de conocimiento de estos posibles comportamientos puede provocar el decaimiento del caso por las actitudes insensibles y por las creencias y comportamientos de los respondedores culpabilizando a la víctima (52).

Los médicos forenses deben conocer el significado de la violación y de los exámenes y exploraciones a las supervivientes, que llegan a sentirse sucias, avergonzadas, vulnerables y extremadamente sensibles a cualquier insinuación de que no están diciendo la verdad. El perito debe garantizar el respeto a la dignidad humana de la persona examinada durante toda la evaluación forense, y hacer de esta una ganancia positiva para su situación emocional. De ninguna manera se puede permitir que esta atención se convierta en un evento traumático o lesivo (59). Además, tienen que ser conscientes del contexto jurídico en el que desarrollan su actividad, dirigida a la obtención de pruebas, para lo que precisan habilidades, experiencia y recursos técnicos con los que adaptar el proceso a las particularidades de cada caso. Se ha descrito que la forma en cómo las mujeres son tratadas afecta a la extensión y calidad de la evidencia recopilada, y a su voluntad de cooperar con, y confiar en, el proceso legal (23). Resulta para ello imprescindible proporcionarle información sobre todas las opciones y evaluar y respetar sus prioridades (1).

Sobre estas cuestiones se han identificado una serie de déficits relacionados con los exámenes forenses (23) (60):

- Baja prioridad en la atención en urgencias, con largas esperas.
- Sexo del examinador diferente del solicitado por la víctima.
- Limitada formación, experiencia y sensibilidad de los examinadores forenses.
- Reconocimiento poco sensible.
- Incredulidad del examinador.
- Ausencia de normas nacionales.
- Falta de privacidad en el lugar donde se realizan los exámenes.
- Equipamiento limitado de las instalaciones.

También se han identificado buenas prácticas que hacen el reconocimiento menos traumático (61):

- Que el examinador sea mujer.
- Que se realice en un entorno privado.
- Que exista una buena comunicación durante el proceso.
- Que la atención sea sensible y profesional.

De todo ello pueden extraerse diversas directrices a tener en cuenta en la realización de un examen forense centrado en los derechos, necesidades y dignidad de la persona (23):

- La atención a estas víctimas es prioritaria.
- Las lesiones deben ser evaluadas de inmediato, y se tratarán si es necesario.
- Se dispondrá de un espacio para discutir el proceso, interrogar y llevar a cabo la intervención en crisis.
- El examen se llevará a cabo en privado, en una instalación que ofrezca un cierto nivel de seguridad.
- La sala de examen debe estar bien equipada.
- Los examinadores deben ser expertos en la comprensión del significado integral de un asalto sexual, en la recogida de pruebas y en el contexto jurídico.
- Los profesionales deberían ser del sexo solicitado por la víctima.
- El proceso debe ser fluido e interactivo.
- El consentimiento informado debe buscarse desde el principio, y para cada fase del procedimiento.
- La velocidad de la atención será aquella a la que la víctima se sienta cómoda; se le debe ofrecer el mayor control posible.
- El reconocimiento debe integrar los procedimientos asistenciales y forenses.
- Los protocolos y los kits se aplicarán con flexibilidad según los hechos ocurridos.
- Tras el examen, deben proporcionarse instalaciones para lavarse, cambiarse de ropa, tomar una bebida y hacer llamadas telefónicas.
- Debe programarse un plan de seguridad antes del abandono del centro de reconocimiento.
- Cualquier necesidad adicional, como los problemas idiomáticos, debe ser abordada.

Especial cuidado debe prestarse a la protección y correcta asistencia a víctimas de grupos vulnerables: discapaces, ancianos, personas con dificultades idiomáticas... que hace necesaria una asistencia basada en protocolos previamente establecidos en los que tengan cabida diferentes aspectos individualizadores.

Por otra parte, es importante explicar a la víctima la necesidad de presentar la denuncia como uno de los mecanismos que le pueden ayudar a ella y a la sociedad en general en la lucha contra este tipo de violencia social, haciéndole notar que con ello puede contribuir a disminuir esta lacra (62). Sensibilizar a la población sobre la existencia y los beneficios de una respuesta coordinada y multidisciplinar contribuye a que más víctimas revelen las agresiones y demanden la ayuda que necesitan para su restitución; además, esta respuesta contribuye a que aumente la seguridad pública facilitando la investigación de los hechos y el enjuiciamiento del responsable y, por tanto, aumentando la probabilidad de que los delincuentes rindan cuentas ante la sociedad, lo que favorece la prevención frente a futuribles asaltos sexuales (55). Esta labor preventiva debe ser destacada como una de las prioridades en la especialización de la atención a víctimas de agresión sexual, enviando a la sociedad un mensaje sobre la nula tolerancia que se debe mostrar ante este fenómeno y posibilitando una actuación efectiva sobre los casos una vez producidos (49).

Otra cuestión fundamental es que, si bien el objetivo principal de un examen pericial es servir a las necesidades del sistema judicial, no puede haber nunca justificación para comprometer la atención médica o el tratamiento de un/a paciente con el fin de permitir una exploración forense (3). El perito debe comprender que la prioridad entre la «mujer como víctima» y «la mujer como prueba» recae siempre sobre la primera: es la atención médica de las lesiones la que debe prevalecer en caso de urgencia, debiendo posponerse todas las actuaciones periciales a la resolución de los problemas de salud que pueda presentar, dando siempre preferencia a la asistencia de las lesiones agudas sobre la necesidad de valoración médico forense y de recogida de muestras con interés pericial (48) (57) (63). Con este fin debe practicarse, incluso antes de completar la historia clínica, una evaluación preliminar que permita determinar la posible existencia de lesiones potencialmente graves, de tal modo que si se encuentran daños físicos de importancia se atenderán de manera preferente, y solo una vez estabilizado el estado de salud, o de no requerirse ninguna asistencia clínica inmediata, puede comenzarse el examen médico-legal (21) (58); a este respecto, debe saberse que la lesión física significativa es rara, y más común en los ataques de extraños, violaciones por parte de la pareja (64) (65) y en agresiones a hombres (66).

En cualquier caso, la atención debe asegurar que la paciente esté protegida física y sobre todo psíquicamente de su agresor, parezca la amenaza real o no. Para ello, siempre estará acompañada por algún miembro del

equipo de atención. Además de esto, el lugar del reconocimiento no deberá parecer de fácil acceso (22).

En definitiva, y como conclusión, el fin último de la atención será resituar a la superviviente como una persona, y no encasillarla como una víctima que fue objeto de una agresión (67).

1.4. PRINCIPALES GUÍAS DE ACTUACIÓN

La atención a las víctimas de violencia sexual basada en un protocolo estandarizado mejora la calidad de la asistencia y las respuestas ofrecidas, y reduce el tiempo necesario para la organización de la prestación del servicio (68).

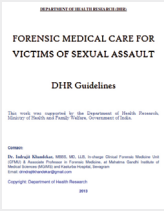

Las cuestiones fundamentales que deben estar presentes en este tipo de protocolos son las siguientes (22):

- La recepción de la víctima tiene que realizarse en las mejores condiciones posibles.
- Comprende un acto técnico que requiere precisión médico-legal.
- Se deben tomar diversas muestras.
- La consulta se desarrolla en ocasiones bajo circunstancias en las que la atención puede no ser óptima.

El protocolo ha de ser ejecutado de manera rigurosa y metódica con el fin de evitar olvidos o descuidos que puedan comprometer los objetivos científicos de la exploración, si bien, en la práctica su aplicación debe adaptarse a las características y necesidades individuales de cada caso concreto.

A continuación, se describen con detalle los Protocolos y Guías nacionales e internacionales más destacados en la asistencia en casos de agresión sexual, desarrollando la **Tabla 1**:

DOCUMENTO	ORGANISMO	CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS
<p>Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence</p>	 <p>OMS (2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento - Historia clínica y de la agresión - Examen físico - Registro y clasificación de las lesiones - Muestras forenses
<p>A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations</p>	 <p>Departamento de Justicia de EEUU (2013, 2^a ed.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia del examen: <ul style="list-style-type: none"> • minimizar el trauma • aumentar el éxito en la recogida de pruebas - Respuesta a: <ul style="list-style-type: none"> • necesidades médicas • necesidades de Justicia
<p>National Training Standards for Sexual Assault Medical Forensic Examiners</p>	 <p>Departamento de Justicia de EEUU (2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la formación en: <ul style="list-style-type: none"> • consentimiento informado • confidencialidad • coordinación • atención a las necesidades de la superviviente
<p>Organizing and Transferring SANE / SAFE / SART Knowledge and Best Practices Final Report</p>	 <p>Forensic Technology Center of Excellence (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crear conciencia de las mejores prácticas basadas en la evidencia - Proporcionar un sistema de transferencia de conocimiento - Desarrollar prácticas de recolección y procesamiento de pruebas - Proporcionar recursos para el desarrollo de políticas

DOCUMENTO	ORGANISMO	CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS
<p>Guía de Buenas Prácticas para la Atención de la Violencia Sexual contra las Mujeres</p>	 <p>FLASOG (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación sanitaria que se da a este tipo de evaluaciones - Aboga por el manejo diferencial de la violencia sobre las mujeres y de la violencia sexual
<p>Reglamento Técnico del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia</p>	 <p>IMLyCF de Colombia (2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Describe cómo debe ser la valoración pericial - Contiene abundantes imágenes - Ejemplos prácticos - Incluye un protocolo de informe pericial
<p>National Management Guidelines for Sexual Assault</p>	 <p>Ministerio de Salud de Sudáfrica (2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento: <ul style="list-style-type: none"> • En menores y en personas discapaces - Atención sensible a supervivientes - Atención y apoyo a familiares y acompañantes
<p>Forensic Medical Care For Victims of Sexual Assault</p>	 <p>Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del Gobierno de la India (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Llamadas a la sensibilidad - Confidencialidad - Consentimiento y restricciones en casos de tutores sospechosos - Atención por profesionales del mismo sexo - Pautas para toma de muestras
<p>Recomendaciones para la recogida de muestras forenses de víctimas y sospechosos</p>	 <p>FFLM del Royal College of Physicians de Londres (2016, enero)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sujetas a revisiones periódicas - Guía de plazos para la toma de muestras

DOCUMENTO	ORGANISMO	CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS
<p>Recent Rape / Sexual Assault: National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination in Ireland</p>	 <p>Irish sexual assault reponse services (2014, 3^a ed.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pautas sobre qué debe hacer y qué no el primer interviniente - Atención al consentimiento en grupos vulnerables - Recogida de muestras según plazos y zona anatómica
<p>Sexual Assault: A Protocol for adult forensic and medical examination</p>	 <p>Iowa Public Department Health (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a víctimas especiales: <ul style="list-style-type: none"> o Tercera edad o Discapaces o Menores o Víctimas de pareja
<p>Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género</p>	 <p>Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012, 2^a ed.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento médico asistencial y médico forense en un solo acto - Incluye la atención a la violencia sexual como subapartado de la violencia de género
<p>Protocolos autonómicos</p>	 <p>Gobiernos Autónomos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Basados en las recomendaciones del Protocolo Común, con breves apartados específicos para la asistencia a casos de violencia sexual

1.4.1. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence* (3): En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud publicó unas directrices bajo el título «Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence». Se trata de un trabajo de 144 páginas, dividido en 8 capítulos, de los que el número 4 se dedica a la «Evaluación y examen de las víctimas adultas de violencia sexual».

Incluye cuestiones de gran interés, como las relacionadas con el consentimiento, la historia clínica y de la agresión, el examen físico, y el registro y la clasificación de las lesiones; el capítulo 5 aborda las «Muestras forenses» describiendo técnicas para una toma eficiente; el capítulo 7 se dedica al «Abuso sexual infantil»; también resultan de gran interés los dos primeros capítulos que acercan al conocimiento de este tipo de delitos.

1.4.2. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations (1): El Departamento de Justicia de los Estados Unidos publicó en septiembre de 2004 «A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations», una guía de 130 páginas elaborada por expertos que incluyen a representantes de la policía, fiscales, abogados, personal médico asistencial, científicos forenses y otros, y que ya señala en su objetivo la importancia que un examen médico forense tiene, tanto para disminuir las preocupaciones de la víctima –minimizando el trauma que puede experimentar y promoviendo su curación–, como para aumentar la probabilidad de que las pruebas recogidas ayuden en la investigación, facilitando la identificación de los autores y previniendo con ello futura violencia.

Establece un doble propósito en los reconocimientos médicos a supervivientes de agresión sexual, concretando los objetivos particulares para cada una de las dos vertientes de la exploración:

- Respuesta a las *necesidades médicas* de la víctima, mediante:
 - Realización precoz de los exámenes,
 - Evaluación y tratamiento de las lesiones,
 - Establecimiento de pautas de prevención contra las Enfermedades de Transmisión Sexual,
 - Evaluación del riesgo de embarazo, y su inclusión en los servicios de salud reproductiva,
 - Apoyo e intervención en crisis, y
 - Seguimiento de las necesidades médicas y emocionales.
- Atención a las *necesidades del sistema de justicia*, a través de:
 - Obtención del relato de la agresión,
 - Documentación de los resultados del examen,
 - Recogida, manejo y preservación de muestras,
 - Interpretación y análisis de resultados, y
 - Presentación de resultados y emisión del dictamen.

Entre los «aspectos centrales», dedica el 3 y el 4 al Consentimiento informado y a la Confidencialidad respectivamente, como muestra de la importancia que se da, desde la perspectiva de una buena práctica, a estas dos cuestiones esenciales. También hace una referencia especial a la formación

que deben tener los examinadores forenses, al concretar la importancia de fomentar el desarrollo de conocimientos específicos, habilidades y actitudes en el examinador.

En abril de 2013 «*A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations*» ve su segunda edición que, manteniendo prácticamente su estructura y contenidos, aumenta ligeramente su extensión.

1.4.3. Entre ambas ediciones del National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations se publica en junio de 2006 el «*National Training Standards for Sexual Assault Medical Forensic Examiners (69)*», que en 28 páginas incide en su sección «A» sobre *el entrenamiento* en cuestiones generales, incluyendo en ellas las relacionadas con el consentimiento informado y la confidencialidad, y en la sección «C» establece pautas y objetivos para la formación, destacando la importancia de una actuación multidisciplinar y la obligación de prestar especial atención a las necesidades y preocupaciones inmediatas de cada superviviente.

1.4.4. *Documento del Forensic Technology Center of Excellence (FTCoE) (52)*: En noviembre de 2014, el National Institute of Justice de los Estados Unidos publicó el «*Organizing and Transferring SANE/SAFE/SART Knowledge and Best Practices Final Report*» compendio de los diferentes trabajos desarrollados por el FTCoE durante todo el año, orientados a la investigación, la información, y la difusión del conocimiento y de las mejores prácticas existentes para todos los profesionales involucrados, bajo los siguientes objetivos:

- Crear conciencia de las mejores prácticas basadas en la evidencia, para su utilización como guías,
- Proporcionar un sistema de difusión, educación y transferencia de conocimiento,
- Participar en el desarrollo de las más eficaces prácticas de recolección y procesamiento de pruebas forenses en los casos de asalto sexual, y
- Proporcionar recursos para el desarrollo de políticas que permitan mantener las prácticas de alta calidad en el tiempo.

1.4.5. *Guía de Buenas Prácticas para la Atención de la Violencia Sexual contra las Mujeres (6)*, publicada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

Se trata de una Guía editada en enero de 2011, en la que destaca la orientación sanitaria que se da a este tipo de evaluaciones por las repercusiones que estos hechos tienen sobre la salud. Es a este sector al que dirige la responsabilidad de toda la atención en coordinación con la Medicina Legal, y no al contrario como sucede en nuestro entorno, debiendo aten-

derse a las víctimas, de manera preferente, en instituciones sanitarias con la participación de instancias policiales y de Justicia.

En esta Guía se adscriben al medio asistencial las evaluaciones médicas de estos/as pacientes, tanto desde una perspectiva clínica como desde la forense, proponiendo la formación de los profesionales sanitarios en las cuestiones médico-legales.

No obstante este enfoque, las propuestas de buenas prácticas que contiene son de aplicación para cualquier profesional médico, sea asistencial o legista.

También incide en una cuestión de extraordinaria importancia, como es el hecho de que con frecuencia la regulación normativa en los países de su ámbito geográfico asocia la violencia sexual con otras formas de violencia hacia las mujeres, situación que aunque no se da en nuestro país en lo que respecta a la norma jurídica, si se observa en lo referente a Guías y Protocolos de actuación. A juicio de los autores de esta Guía de Buenas Prácticas, tal asociación limita y oscurece la verdadera dimensión y los daños a la salud integral que ocasiona la violencia sexual, así como el manejo de sus aspectos diferenciales.

1.4.6. Reglamento Técnico del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (59): El «Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual» del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia data del año 2009.

Entre sus objetivos generales define que «está orientado al equipo de profesionales que aplican los procedimientos técnicos y científicos en la realización de la prueba pericial integral en el contexto del delito sexual. Igualmente busca asegurar la calidad de la atención y la coordinación efectiva con otros sectores como los de salud, protección y justicia, y garantizar la correcta preservación, registro y documentación de los elementos de prueba».

Realiza una descripción detallada en seis apartados, denominados actividades, de cómo debe ser la valoración pericial en casos de agresión sexual:

- Recepción del caso.
- Entrevista médico forense.
- Examen médico legal y recolección de elementos materiales probatorios o evidencia física.
- Análisis, interpretación y conclusiones del informe pericial integral en la investigación del delito sexual.
- Cierre de la atención forense integral, sugerencias y recomendaciones, y
- Envío del informe pericial y archivo.

A cada una de las actividades atribuye objetivos, responsables, condiciones, descripción y documentos que se generan.

Destaca en la actividad 3 –«examen médico legal y recolección de elementos materiales probatorios o evidencia física»– la profusión de imágenes sobre anatomía genital, técnicas de exploración, lesiones...

Además, incluye un importante Anexo 5 con ejemplos que orientan al perito en la interpretación de hallazgos durante el examen físico del área genital y anal, y un Anexo 6 consistente en un exhaustivo protocolo de informe pericial integral en la investigación del delito sexual.

1.4.7. *National Management Guidelines for Sexual Assault* (21), editado en octubre de 2003 por el Ministerio de Salud de Sudáfrica.

Sus principales aportaciones se centran en el ámbito del consentimiento, con especial referencia a menores y personas discapacitadas.

Presta atención a los factores que retraen a las supervivientes de presentar denuncia, en coincidencia con el resto de la literatura, y destaca la necesidad de proporcionar una asistencia sensible a las víctimas, durante las 24 horas del día y en un entorno privado que preserve la confidencialidad.

También hace referencia expresa al necesario apoyo que deben recibir los familiares y acompañantes de las víctimas, que sufren con ellas las consecuencias estresantes del evento traumático.

1.4.8. *Forensic Medical Care For Victims of Sexual Assault* (50), elaborado por el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del Gobierno de la India en 2013.

Sus 64 páginas constituyen una amplia guía sobre la atención a víctimas de violencia sexual.

Destaca por su claridad conceptual y por las constantes llamadas a la debida sensibilidad hacia las supervivientes, la confidencialidad, el consentimiento total o parcial y sus restricciones en casos de tutores sospechosos, la presencia de profesionales del mismo sexo, la toma de muestras biológicas y toxicológicas y, en definitiva, a todas aquellas cuestiones relacionadas con la mejor atención centrada en la víctima, que hacen de esta Guía una de las principales referencias en esta materia.

1.4.9. *Recomendaciones para la recogida de muestras forenses de víctimas y sospechosos* (70) de la Faculty of Forensic and Legal Medicine del Royal College of Physicians de Londres.

Sujetas a revisiones semestrales, la última de ellas en julio de 2016, establecen una guía de plazos para la toma de muestras relacionadas con las agresiones sexuales, según la localización anatómica en la que haya de realizarse la recogida de indicios.

No obstante, deja la decisión sobre qué muestras deben tomarse a las particularidades de cada caso, considerando diferentes posibilidades (por ejemplo, si la víctima ha permanecido encamada, si no se ha lavado desde el incidente...).

1.4.10. El Recent Rape/Sexual Assault: National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination in Ireland (58) vio su tercera edición en el año 2014.

Dedica su segundo capítulo a la descripción de sus unidades SATU (Sexual Assault Treatment Unit) creadas para proporcionar una atención integral y sensible a mujeres y hombres supervivientes de violencia sexual, y cierra su apartado 3 con una relación de qué debe y qué no debe hacer el personal que recibe a una víctima/paciente.

Presta especial atención al consentimiento en la exploración Médico Forense, detallando los especiales cuidados que deben prestarse a poblaciones con discapacidad mental, auditiva y visual, intoxicados por alcohol y otras sustancias... que requieren unos mecanismos de comunicación diferentes para hacerles llegar la información relevante.

La recogida de muestras para estudios forenses también es tratada de forma exhaustiva, estableciendo plazos según el tipo de contacto sexual y la zona anatómica en la que se realice la toma.

1.4.11. Protocol for Adult Forensic and Medical Examination del Departamento de Salud Pública de Iowa (71).

Publicado en el año 2012, destaca por la atención que presta a la asistencia a víctimas especiales, individualizando cuestiones culturales/religiosas, tercera edad, discapaces, víctimas de pareja, hombres, menores e internos penitenciarios.

1.4.12. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (38): En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó el 23 de abril de 2007 el «Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género» –posteriormente revisado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en diciembre de 2012–, que reserva un breve apartado a la atención de las agresiones sexuales en el que se especifica: «*En esta cuestión resulta evidente que deben reducirse al menor número posible los impactos psíquicos que va a sufrir 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 las actuaciones sanitarias y las periciales, pero procurando que no se precisen nuevos reconocimientos*».

1.4.13. Protocolos autonómicos (32) (33) (34) (35) (72): En España, además del Protocolo Común elaborado desde el Consejo Interterritorial de Salud, cada una de las Comunidades Autónomas ha redactado sus propias pautas de actuación en materia de atención a mujeres víctimas de violencia.

Estas Guías establecen referencias generales para la atención a víctimas en el entorno doméstico, basadas fundamentalmente en las recomendaciones del Protocolo Común, con breves apartados específicos para la asistencia a casos de violencia sexual. De entre todas ellas destacan las de Andalucía, Aragón, Extremadura, La Rioja y la Comunidad Valencia por la aportación de matices diferenciales.

1.4.14. Protocolos locales: El Protocolo del Ayuntamiento de Madrid (73) hace mención a la atención personal y sanitaria, y centra sus recomendaciones en la obtención de pruebas y en la persecución del agresor.

Establece una notable mejora en el cuidado de las supervivientes, centralizando en un único hospital la asistencia médica y el reconocimiento forense, de tal manera que todas las denunciadas serán trasladadas al Hospital Universitario de La Paz.

Para este protocolo la labor de los médicos forenses en la recogida de muestras se centra de forma explícita en su contribución a la determinación de la existencia o no del delito sexual, de tal modo que una vez cumplidos una serie de requisitos será él quien valore los hechos denunciados y decidirá el tipo de reconocimiento procedente, siempre a las órdenes del Magistrado.

1.5. ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA UNA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA QUE SOBREVIVE A UNA VIOLENCIA SEXUAL

Las principales cuestiones relacionadas con una atención centrada en la persona deben plantearse desde una doble perspectiva, institucional e individual.

Por una parte, son los organismos competentes los encargados de instrumentar los medios necesarios para la correcta práctica de la actividad pericial en los casos de violencia sexual, estableciendo mecanismos de coordinación interinstitucional, promoviendo la creación de instalaciones adecuadas y facilitando la formación que los profesionales precisan para el mejor desarrollo de su actividad.

A nivel individual, el médico forense tiene una serie de obligaciones éticas fundamentales que también van a ser analizadas, como atender al principio universal de no maleficencia, velar por la equidad en la atención a las víctimas, guardar el deber de confidencialidad e informar de manera adecuada a la persona sobre el objeto y los pasos del reconocimiento. A estas cuestiones bioéticas fundamentales deben añadirse una serie de normas de actuación, entre las que se encuentran la sensibilidad durante el reconocimiento y toma de muestras, la urgencia en la prestación del servicio, la identificación personal ante la víctima, la permisividad hacia la presencia de acompañantes y otras buenas prácticas que serán debidamente abordadas en próximos apartados.

1.5.1. Buenas prácticas institucionales

1.5.1.1. La coordinación interinstitucional

Campbell y Ahrens (44) identificaron en 1998 tres objetivos prácticos de coordinación:

- El primero de ellos es el establecimiento de programas de prestación de servicios coordinados mediante equipos de respuesta en las áreas de urgencias, que se basan en centralizar policía, fiscales, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y asociaciones de víctimas en un solo lugar, agilizando la respuesta multidisciplinar.
- El segundo son los programas interinstitucionales de capacitación, que bien incorporan diversos formatos de aprendizaje para llegar a amplios colectivos o bien limitan los organismos participantes, y cuyo objetivo es crear un espacio común entre proveedores de salud, servicios sociales y administración de justicia, a través de la sensibilización y el desarrollo del conocimiento en todos los ámbitos de la atención.
- Y el tercero afecta a grupos de reforma en la comunidad, a través del cambio en la educación, la sensibilización pública y las reformas legislativas. Su objetivo no es la prestación de servicios sino la mejora del clima en el que estos se prestan.

Sin duda, la situación ideal pasa por la creación de equipos coordinados que integren a todos los colectivos profesionales implicados –Cuerpos policiales, Medicina Forense, Medicina Asistencial, Juzgados, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Abogados...–, dirigida tanto a la resolución de la cuestión judicial que se plantea, como a la prestación de una atención sensible que disminuya al máximo la victimización secundaria institucional. Este objetivo puede alcanzarse a través de la aplicación de protocolos de actuación que, coordinando los ámbitos policial y judicial, permitan dar soporte psicológico a la víctima durante todo el proceso.

Estos equipos deben servir como vehículo para la colaboración, la construcción de relaciones, la formación, la educación y la responsabilidad entre los profesionales que intervienen en casos de asalto sexual, y tienen una serie de objetivos que son esenciales para proporcionar una atención centrada en la víctima (57):

- Educar al sistema de justicia y a la comunidad en la sensibilidad hacia los casos de violencia sexual, disminuir los posibles sentimientos de autculpabilidad que puede presentar la víctima y aumentar la responsabilidad del delincuente.
- Construir relaciones entre los diferentes operadores intervinientes.
- Identificar los recursos comunitarios y evitar la duplicidad de servicios.

- Compartir información, conocimientos y experiencias entre los miembros del equipo.
- Reducir la victimización de los/las supervivientes de agresión sexual, y mitigar sus efectos en las víctimas y en sus familiares y allegados.

A este respecto, debe mencionarse que la integración de los protocolos y políticas sobre violencia sexual en el contexto amplio de la violencia de género disminuye la importancia de la violencia sexual como un fenómeno único (5), aunque no existe evidencia de que los servicios a víctimas de agresión sexual integrados en los de otras formas de violencia contra las mujeres y los niños sea más o menos eficaz que los servicios únicamente especializados en asalto sexual (19); otros autores, sin embargo, defienden que la coordinación es más efectiva cuando los servicios en violación se integran en el marco más amplio de la atención a la violencia contra las mujeres en general (43).

En el Reino Unido el modelo de servicio coordinado se denomina Centro de Referencia de Asalto Sexual (SARC). En estos centros se aborda de manera multidisciplinar la atención forense y la recogida de evidencias, así como las necesidades de cuidado posterior, con el objetivo de mejorar los resultados en la salud y en la administración de Justicia. Incluyen instalaciones seguras dentro de los centros hospitalarios, con atención forense las 24 horas del día, y siempre dentro de las 4 primeras horas tras el conocimiento de los hechos. También cuentan con trabajadores para el apoyo de la víctima en crisis, y se presta asistencia inmediata de anticoncepción de emergencia y profilaxis contra las infecciones, promovándose el seguimiento de los/las supervivientes tanto respecto de las ETS como desde el apoyo psicosocial (19).

En los países nórdicos el modelo es referido como un centro de excelencia, de carácter multidisciplinario y centrado en la víctima, especializado en la respuesta urgente a la violación a través de la prestación de servicios básicos para la atención médica, el examen forense y la asistencia psicológica en crisis y de seguimiento. Estos centros realizan una evaluación seis meses después del asalto a través de un cuestionario (19).

En nuestro país también existen modelos de coordinación, como los protocolos de actuación médico-legal que aplica el Instituto de Medicina Legal de Cataluña con el Hospital Clínico de Barcelona para la atención a víctimas de delitos contra la libertad sexual (49). Este Hospital cuenta con una estructura organizativa adecuada para ello, y desde el año 2000 con una comisión clínica multidisciplinar que trabaja para que la asistencia a las personas que han sufrido una agresión sexual sea lo más adecuada, eficaz y eficiente posible, de acuerdo con unos estándares de calidad que lo aseguren (74).

Por otra parte, en Madrid, el Protocolo de Actuación de los organismos competentes en materia de agresiones sexuales (73) pretende una «actua-

ción coordinada por parte de todos los órganos competentes en la atención a las víctimas de agresiones sexuales, con el fin de lograr una mejor atención personal y sanitaria de las mismas, obteniendo el mayor número de pruebas posibles que permitan la identificación, detención y procesamiento de los autores de estos delitos; un escrupuloso seguimiento de la «cadena de custodia» con relación a las pruebas recogidas; una mejora en la investigación, y por último, asegurar el procesamiento de sus autores».

A modo de síntesis, puede decirse que de la correcta coordinación dependen cuestiones de extraordinario interés, como la disminución del número de relatos y de exploraciones, la disponibilidad de información y de referencias sobre recursos de atención social, y otras mejoras que facilitan la recuperación de las víctimas.

1.5.1.2. La formación

Toda formación en esta materia debe perseguir que la evaluación forense sea objetiva y que la atención en materia de salud sea competente, compasiva y centrada en la víctima (69).

La evidencia internacional muestra que la especialización en el abordaje de la violencia sexual ayuda a las mujeres a acceder a unos servicios respetuosos y sensibles, contribuye a garantizar la confidencialidad y la seguridad, y mejora la capacidad de entender y determinar cursos de acción que permitan afrontar todas las necesidades de atención y apoyo (75).

La formación debe orientarse hacia una actuación coordinada con el resto de los intervinientes, y así, resulta necesario conocer las pautas de actuación de todos los profesionales implicados y la integración de la medicina forense en la estructura de atención a las supervivientes.

Debe abarcar tanto aspectos técnicos, que pueden incluir los últimos avances en genética forense y sus repercusiones sobre los plazos para la toma de muestras biológicas, como cuestiones relacionadas con el desarrollo de habilidades centradas en la persona (1) (59), potenciando al mismo tiempo la observancia de las normas éticas. Es fundamental una formación periódica sobre cómo realizar el reconocimiento: cómo ganar la confianza de la víctima, los pasos a seguir (3), cómo conseguir una eficaz y sensible toma de muestras... Además, es necesaria formación sobre los fundamentos de la confidencialidad: los profesionales deben saber qué datos son reservados y cuáles se pueden compartir (1). También es de gran interés la formación en la respuesta a grupos minoritarios por parte de los primeros intervinientes. Para todo ello se deben implementar programas de capacitación en violencia sexual y en asistencia integral a las víctimas, dirigidos al personal asistencial y al médico legal, en los que se atiendan los derechos humanos, sexuales y reproductivos, y los aspectos legales desde la perspectiva forense (6).

En materia de seguridad, la formación en nuestro país viene contemplada en el Estatuto de la víctima del delito, de entrada en vigor el 28 de octu-

bre de 2015, en cuyo artículo 30 se contempla la obligación de la Administración de proporcionar una instrucción general y específica a todos los operadores jurídicos, incluyendo explícitamente a los médicos forenses, prestando particular atención a las víctimas necesitadas de especial cuidado como son aquellas en las que concurren factores de vulnerabilidad, los menores y las personas con discapacidad (76).

Por su parte, los formadores deben reunir una serie de requisitos (69):

- Deben contar con experiencia significativa en las áreas temáticas sobre las que forman.
- Deben conocer la literatura médica, científica y forense, pertinente.
- Deben conocer las actualizaciones en prácticas y políticas relacionadas con el examen a víctimas.
- Deben ser expertos en abordar con sensibilidad las preocupaciones culturales que pueden surgir durante el proceso de examen.
- Deben reevaluar permanentemente sus mitos y prejuicios relacionados con la violencia sexual.
- Deben tener experiencia en la facilitación de discusiones de grupo, conocimientos y experiencia en la educación de adultos y capacidad para colaborar con los alumnos en la evolución de su actitud, conocimientos y capacidades.

La incorporación de supervivientes a los programas de entrenamiento y formación puede ayudar a comprender sus experiencias durante el proceso de examen; también permite escuchar de primera mano lo que es útil para las víctimas y lo que se podría mejorar para ayudarles en el futuro (69).

Para concluir, cualquier entrenamiento teórico de los equipos multidisciplinarios debe ser complementado con formación práctica simulada en la que deben participar todos los colectivos implicados en la asistencia a víctimas de violencia sexual –jueces, fiscales, trabajadores sociales, policías, médicos forenses...– a través del abordaje de casos reales o ficticios mediante talleres de trabajo.

1.5.1.3. Calidad de las instalaciones

Si bien es cierto que quedan lejos aquellos exámenes médicos de la penúltima década del siglo pasado, en los que la ausencia de dependencias apropiadas en las sedes judiciales, y de cualquier tipo de protocolo, permitían las exploraciones en los lugares más diversos y en ocasiones tan disparatados que atentaban claramente contra la dignidad de la mujer, en el momento actual, y ya avanzado el siglo XXI, no siempre se realizan los reconocimientos en las mejores condiciones que garanticen una atención confidencial, sensible y segura.

Resulta obvio que el lugar de la exploración debe reunir todos los requerimientos para el correcto desarrollo de la actividad profesional y para atender con la debida sensibilidad a la víctima.

Este lugar debe ser acogedor y limpio, debe disponer de la luz y ventilación apropiadas y del espacio y mobiliario adecuados. El ambiente debe ser propicio a la confidencialidad, la privacidad, la dignidad y la seguridad (21) (50) (59).

Debe existir una zona de espera privada, segura y tranquila para las supervivientes y para las personas de apoyo que les acompañan. Evidentemente los presuntos autores no deben permanecer en la misma área o sala de espera que la víctima (21).

La toma de datos debe realizarse en un lugar que facilite el relato de los hechos y que reúna condiciones de seguridad y privacidad para la correcta comunicación con los investigadores.

La zona de examen estará dotada de los siguientes elementos (3):

- Dispondrá de una puerta con cerradura o pestillo para evitar la entrada de personal ajeno durante la exploración.
- Debe ser térmicamente neutra, no demasiado fría ni demasiado caliente.
- Estará dotada de iluminación suficiente para la realización del examen.
- Dispondrá de instalación con agua corriente para el lavado de manos.
- Debe tener una zona privada para desvestirse.
- Estará dotada con una camilla que permita acercarse a el/la paciente por el lado derecho. Esta camilla tendrá un cubrecamillas desechable para cada usuario/a.
- Dispondrá de suministros para la exploración y recogida de muestras forenses.
- Tendrá un escritorio para la documentación y etiquetado de muestras.

Gran importancia tiene el área post-reconocimiento, en orden a atender las necesidades de confort físico y psicológico de las víctimas antes de que abandonen el centro de reconocimiento. Se debe disponer de una zona de aseo con ducha, para que la mujer tenga la oportunidad de lavarse y/o ducharse en la intimidad, de cepillarse los dientes y de cambiarse de ropa una vez finalizada la exploración. Además, esta área dispondrá de un lugar de descanso desde el que podrá conseguir comida y bebida, realizar las llamadas telefónicas necesarias y reflexionar para la toma de decisiones. En ella también puede recibir soporte psicológico y atención a otras cues-

tiones, como asistencia para la coordinación del transporte hasta su domicilio u otro lugar seguro y una adecuada planificación de su protección y bienestar con los medios necesarios (1) (58).

Por último, además de las cuestiones relacionadas con la seguridad –de las supervivientes y del personal– y la comodidad física y psicológica de las víctimas, las instalaciones deben estar dotadas de elementos que posibiliten la asistencia específica a personas discapaces o con necesidades especiales.

Respecto a la idoneidad de las instalaciones hospitalarias para la realización de exámenes médico forenses en sus servicios de urgencias, se considera que normalmente ofrecen un cierto nivel de seguridad, están abiertos las 24 horas del día y permiten el acceso a servicios médicos y de apoyo; además, el personal clínico tiene experiencia y conocimientos para llevar a cabo la exploración y colaborar en las disciplinas necesarias (1).

1.5.1.4. Ubicación de las instalaciones

Cuestión de gran trascendencia es la que se refiere a la atención a supervivientes en lugares donde existe una gran dispersión geográfica. Este tipo de situación ya fue abordado por Lamont en 2006 (27), quien describió que en áreas remotas el acceso a los servicios plantea dificultades relacionadas con los desplazamientos necesarios para recibir atención, y más cuando el transporte público es escaso o inexistente.

El documento Mapping the current situation del COSAI Project identificaba como problema importante en la atención a víctimas de violencia sexual, también puesto de relieve en nuestro país, la variabilidad de la calidad del servicio entre diferentes áreas, con descripción de una brecha rural/urbano, e incluso con zonas en las que existe un «estándar de oro» con modelos de servicios especializados bien establecidos y otras zonas en las que la calidad es relativamente pobre (5). Miyamoto et al. (77) proponen como solución a estas diferencias la implantación de la telemedicina, y para ello realizan un estudio comparativo entre la precisión diagnóstica de abuso sexual infantil en cinco hospitales rurales con acceso a servicios de telemedicina (101 pacientes) frente a la que se obtiene en tres hospitales sin este tipo de servicios (82 pacientes); en su estudio los hospitales con telemedicina obtuvieron puntuaciones de calidad significativamente más altas en aspectos tales como el examen general, el examen de los genitales, la documentación de los hallazgos, la evaluación general y la puntuación total sumada de calidad; los registros médicos de fotos/vídeos también fueron más precisos y de mayor calidad en los hospitales con servicios de telemedicina.

En cualquier caso, el lugar del reconocimiento debe estar a una distancia razonable desde cualquier punto de la zona a la que sirve, entendiéndose por razonable el nivel local (1), ya que deben evitarse, o cuando menos minimizarse en la medida de lo posible, los desplazamientos largos de las víctimas, por las molestias que se les causa a ellas y a sus allegados con au-

mento del estrés, por la demora en la atención que puede originar una destrucción o pérdida de los indicios biológicos y porque obliga al desplazamiento del personal policial. Cualquier centralización debe ir acompañada de una implementación adecuada de servicios para que el traslado no grave de forma añadida a la víctima. Esta tendrá derecho a rechazarlo, aunque debe ser informada y tomar conciencia del impacto que esa negación puede tener en la calidad de la atención, la recopilación de pruebas y, en definitiva, sobre la investigación; además debe saber que su negativa puede ser utilizada por la parte contraria para desacreditarla ante los tribunales. De este modo, con toda la información, la superviviente puede tomar una decisión sobre su traslado, sin que quepa ningún tipo de presión para que lo acepte (1).

En cualquier caso, si hay lesiones médicas o psicológicas graves deben ser tratadas de inmediato en la instalación inicial de recepción. Por ello, la OMS (3) recomienda que todos los centros de salud estén en condiciones de reconocer el abuso sexual y de prestar servicios a las víctimas de este tipo de violencias (o, al menos, de derivar a los pacientes a los servicios y a la atención adecuada), con independencia de que se requiera un examen forense. A estos efectos, y de no contar aún con ellas, los Centros de Salud deben desarrollar políticas y procedimientos específicos para la atención a este tipo de víctimas que podrían seguir modelos similares a los que se plantean actualmente en Inglaterra y Dinamarca, basados en servicios centrales apoyados por unidades satélites, con diferente gestión de personal que incluye a profesionales de la enfermería en lugar de médicos (5).

1.5.2. Los principios éticos fundamentales

El médico forense, en su intervención en casos de violencia sexual, debe tener en cuenta una serie de consideraciones que afectan a principios y deberes bioéticos fundamentales.

1.5.2.1. El principio de no maleficencia

La actuación del médico forense debe estar siempre regida por el principio universal de no maleficencia, evitando causar un daño sobreañadido bajo el precepto «*primum non nocere*».

Resulta de importancia preferente, en cualquier evaluación de este tipo, el tratar de evitar la victimización secundaria. Para ello, y de modo fundamental, el profesional debe huir de cualquier actitud que enjuicie, dañe o culpabilice a la mujer en los diferentes momentos del proceso (78).

En nuestro país, el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, reeditado en 2.012 por el Ministerio de Sanidad y Consumo (38), pretende, bajo este principio de no maleficencia, la reducción del número de reconocimientos a los que se someterá a la mujer agredida, al objeto de minimizar el posible daño secundario que puede inferirse con el paso sucesivo por los sistemas sanitario y judicial, proponiendo que las

exploraciones se realicen en un sólo acto, en el que se respetará, no obstante, la independencia de actuaciones de los dos ámbitos.

1.5.2.2. El principio de equidad

La asistencia a las personas que sufren una agresión sexual debe ser similar con independencia del lugar en el que se preste el servicio.

Esta igualdad debe alcanzarse a través del compromiso ético por parte de todos los intervinientes de garantizar una misma calidad y sensibilidad en la atención, mediante el esfuerzo personal por conocer los últimos avances en la técnica y en la aplicación de las mejores habilidades en el trato a las víctimas.

Es obligación del perito participar de manera activa en la búsqueda de cuantas actualizaciones se produzcan en esta materia, tanto en los aspectos técnicos y tecnológicos, como en los protocolos comunes de actuación que deben regir su intervención, desde el primer momento en que se tiene conocimiento del hecho hasta que finaliza la atención socio-sanitaria y se resuelve la cuestión judicial.

1.5.2.3. El principio de autonomía

El Código Penal español (79), en su artículo 191.1, pretende con su redacción respetar la determinación de la víctima –*«Para proceder por los delitos de agresiones, acoso o abusos sexuales, será precisa denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia. Cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal»*–, de tal manera que si en el uso de su libre albedrío y con su capacidad de comprensión conservada eligiese voluntariamente no ser reconocida por un perito, deberá desistirse de realizar la exploración, entendiéndose desde un punto de vista ético que de ningún modo puede practicarse el reconocimiento pericial y/o la toma de muestras biológicas contra la voluntad de la persona (80).

Por otra parte, la Ley de Enjuiciamiento Criminal (81) [*artículo 262: «Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción...»* y *artículo 355: «Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado...»*] y el Código de Deontología Médica (82) [*artículo 30.1.e: El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos: En casos de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual»*] comprometen al profesional sanitario a emitir el parte de asistencia al Juzgado de Guardia, toda vez que la prestación de la atención deriva de un hecho criminal, para el que

existe la obligación de ser comunicado a la autoridad competente. Esta obligación también es interpretada en el Protocolo del Ministerio de Sanidad y Consumo, que especifica *«aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal»* (38).

En cualquier caso, en aquellas ocasiones en las que la víctima únicamente pretenda un reconocimiento ginecológico sin implicaciones policiales o judiciales, y con independencia de una deseable pero hipotética denuncia posterior, la asistencia médica debe ser prestada al margen de la atención forense, ya que esta solo podrá iniciarse una vez requerida desde las instancias judiciales cuando se dé alguno de los siguientes supuestos básicos:

- Denuncia interpuesta por la víctima.
- Querrela interpuesta por el Ministerio Fiscal, previa ponderación de los legítimos intereses en conflicto.
- Denuncia del Ministerio Fiscal en el caso de que la víctima fuera menor, incapaz o persona desvalida.

En estos supuestos, en los que la superviviente no desea la intervención del sistema de Justicia y rechaza de manera explícita o implícita el reconocimiento médico forense, no puede quedar afectado el tipo y la calidad de la asistencia clínica que debe recibir, de modo que la labor del Especialista en Ginecología y Obstetricia será (83):

- Recomendar a la víctima que denuncie.
- Realizar una anamnesis y una exploración genital detallada (inspección genital externa, espéculo, tacto bimanual) en busca de lesiones.
- Realizar una Ecografía ginecológica.
- Realizar test embarazo.
- Valorar anticoncepción de emergencia.
- Rellenar con los datos obtenidos el apartado *Judicial* del informe de urgencias, especificando que se trata de una «sospecha de agresión sexual».
- Cumplimentar el parte de lesiones:
 - a. Describir las lesiones si las hubiera.
 - b. Resaltar que la paciente no desea denunciar.
 - c. Establecer el Pronóstico: favorable / desfavorable.
 - d. Firmar con letra clara y nº de colegiado.

- Remitir al ginecólogo de área de modo preferente para descartar enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

Diferente es el caso de menores, sometidos a la patria potestad o a tutela en términos similares; para ellos, el Código de Deontología Médica (82) en su artículo 14, especifica en cuanto a las relaciones del médico con sus pacientes que «*La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y su grado de madurez*». Con relativa frecuencia se valoran casos en los que existe sospecha de agresión a menores de edad, que se oponen a ser sometidos a ningún tipo de reconocimiento que vulnere su integridad y su libertad sexual. La disyuntiva que se plantea reside en atender a los intereses de la posible víctima frente a la pérdida de una hipotética prueba biológica; ante esta situación, y en base a los aspectos legales que acompañan a una y otra opción, el respeto a la decisión del menor debe considerar si tiene o no suficiente grado de madurez para consentir o disentir, y siguiendo el artículo 17.10 de la Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia (84), en caso de duda o discrepancia para con sus progenitores el reconocimiento quedará supeditado al criterio del Juez o del Fiscal de menores, que será quien lo autorice o no. En cualquier caso el consentimiento del menor cuya edad sea de más de 16 años es relevante, aunque la denuncia deberá ser interpuesta por sus padres o por el Fiscal.

Respecto a la autonomía de los discapaces, si bien de ordinario la incapacidad suele ser plena, y en tal caso su voluntad manifestada no puede ser tenida en cuenta y para cualquier decisión sobre su persona, incluyendo el examen médico, se debe contar con su tutor o con autorización judicial, en las personas en cuya sentencia de incapacidad conste expresamente que la víctima conserva sus habilidades en relación a las actuaciones médicas que pudiera precisar, su consentimiento para ser sometido a la exploración forense es válido.

1.5.2.4. El consentimiento informado

Todas las víctimas tienen el derecho a consentir o rechazar cualquiera o todas las partes de un examen médico forense sobre asalto sexual y deben ser informadas de sus derechos antes del comienzo.

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (85) establece en su artículo 8.1 que «*Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso*». Además este consentimiento puede ser revocado en cualquiera de las fases o pasos a seguir, según el artículo 8.5 «*El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento*».

La obtención del consentimiento para el examen y para la divulgación de la información a terceros, a través del correspondiente informe pericial,

es parte fundamental de la actuación (3). Es cierto que el médico forense en el desempeño de su cargo público actúa por orden judicial, pero cualquier perito debe formalizar el requisito de recibir el consentimiento informado escrito previamente a este tipo de exploración médico-legal (48), hasta el extremo de que se propone que los kits de atención a supervivientes incluyan el documento específico para que sea debidamente cumplimentado (6) (21). Dada la entidad de este tipo de delitos, en los que se vulneran derechos de la persona que afectan al ámbito de su intimidad, y que la información obtenida se utiliza para un proceso judicial, se recomienda el empleo sistemático de protocolos escritos de consentimiento con anterioridad a la intervención pericial; en ellos debe quedar reflejado si accede a la exploración clínica, a la toma de muestras y a la captura de fotografías, dejando constancia documental de que sus derechos son respetados (86). La importancia de que este consentimiento se preste por escrito reside en que además de quedar reflejado en el propio informe pericial, puede archivararse en el expediente médico-legal (59), del mismo modo que si no se acepta el reconocimiento, bien en su totalidad, o bien en parte, debe hacerse constar (55).

La vulneración del requisito previo y fundamental del consentimiento en una evaluación médico forense puede implicar dos tipos de consecuencias, que afectan a ámbitos diferentes, con extraordinaria trascendencia en ambos: por una parte puede suponer la nulidad de las pruebas obtenidas, que quedarían invalidadas para un proceso judicial, y por otra podría seguirse de una acusación de asalto o agresión hacia el perito por violentar, sin su aprobación previa, la intimidad de la víctima (3).

Este consentimiento, como expresión práctica de la autonomía, debe ir precedido en la actividad pericial de una información suficiente a la víctima, en la que se explicarán todas las partes del examen (3) de manera atenta y delicada, exponiendo de forma detallada cada una de las intervenciones a realizar (87), ofreciéndole la posibilidad de revocar su aceptación para cada paso, e incluso para aspectos particulares dentro de cada uno de ellos, de tal modo que si en cualquier momento la persona afectada desiste o se niega a una práctica determinada (6) o solicita que se suspenda, se atenderá a su petición (59).

El consentimiento es un proceso fluido y continuo, que puede ser retirado en cualquier momento del examen (58), de tal modo que los deseos de la persona deben ser siempre respetados. Resulta imprescindible para todas y cada una de las fases de la exploración, de la que la víctima puede rechazar cualquier parte o su totalidad (1) debiendo ser informada de esta y de todas las demás opciones de una manera compasiva y sin prejuicios (57). Y si a pesar de la preparación y explicaciones dadas, o incluso después de haber prestado el consentimiento, la persona se niega en cualquier momento a que el examen continúe o solicita que se suspenda, así debe hacerse informando de ello a la autoridad (59), considerando la posibilidad de retomar la exploración únicamente si la víctima se muestra de acuerdo.

Es preciso informar a la mujer de todas las exploraciones a las que será sometida y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo y recabando el consentimiento cuando sea necesario (32) (33) (38). El examinador debe explicar cuidadosamente cada paso y las razones que lo motivan, y la víctima debe tener la posibilidad de regular el ritmo de la exploración y de rechazar cualquiera de sus fases (2).

La información se debe proporcionar en un entorno correcto, en el que la persona se sienta segura y alejada de presiones o intimidaciones de cualquier tipo. Siendo este un derecho fundamental de cualquier paciente, en este contexto adquiere una especial relevancia debido a que las víctimas han sido sometidas contra su voluntad a un acontecimiento personal intrusivo (3).

La explicación estructurada de todo lo que comprende el reconocimiento, y de los procedimientos que se seguirán, debe darse en un lenguaje que la víctima pueda comprender, e incluirá información sobre el tipo de examen médico de los genitales (y del ano), de los caracteres sexuales secundarios y de otras partes del cuerpo, y sobre la recogida de muestras para las investigaciones (50). Es importante permitir a la superviviente que opine acerca de las decisiones a tomar y darle amplia oportunidad de realizar preguntas sobre cualquier duda (3) (56), animando incluso a ello (1).

Es de especial trascendencia que la información incluya la cuestión de la divulgación de los aspectos de interés para la causa (3), de tal modo que deben explicarse de manera clara las restricciones a la confidencialidad (1), asegurando que la víctima entiende que los datos personales, detalles del incidente, hallazgos del examen y resultados de las muestras pueden ser revelados a la Justicia (58), para que de este modo pueda ejercer de manera plenamente consciente su derecho a ser o no reconocida.

También se debe informar sobre los beneficios que el reconocimiento completo tiene para su salud, y para la administración de Justicia y la persecución del responsable. En el caso de que la superviviente rechace la exploración, se le deben explicar claramente las consecuencias jurídicas, sin obviar el impacto que puede tener la negativa en el procedimiento y en la investigación criminal, tanto porque pueden existir evidencias que no sean recogidas como por el hecho de que los abogados de la otra parte pueden argumentar en contra, incluso desacreditando a la víctima con argumentos tales como que pretendía ocultar algo que podría haber sido desvelado en la exploración. En cualquier caso, nunca se debe insistir a la víctima para que se someta al reconocimiento, absteniéndose de cualquier práctica coercitiva en la búsqueda de un consentimiento, por ser contrario a las prácticas éticas y profesionales influir en sus decisiones (1) (21).

Respecto al consentimiento para la toma de muestras biológicas se deben explicar los procedimientos así como las posibles opciones alternativas; esto se puede hacer con una información básica antes de comenzar el examen, aportando datos adicionales conforme se vaya avanzando. Se debe

animar a las víctimas a realizar cuantas preguntas consideren necesarias, explicando que puede hacerse un descanso si así lo precisan o negarse a una parte concreta y particular de la recogida de muestras (1).

Dependiendo del tipo de asalto sexual, el semen puede estar presente en boca, vagina y/o área anal. Sin embargo, la vergüenza, el trauma, e incluso la falta de comprensión de la naturaleza del asalto pueden hacer que una víctima sea imprecisa o confunda el tipo de contacto que realmente tuvo lugar; por ello, y porque también puede haber una transferencia por escurrimiento de semen de la vagina al ano, aun sin mediar penetración anal, se recomienda que se explique la conveniencia de permitir el examen de los tres orificios y la colecta de muestras en ellos. Incluso ante el relato de que en el contacto o la penetración solo estuvieron afectados uno o dos orificios también se debe solicitar el examen completo, y los hisopos anales externos deberían tomarse durante la exploración genital, obviamente condicionando esta recogida al consentimiento del/de la superviviente (55).

Por último, en estos delitos la evaluación toxicológica puede revestir importancia como agravante de los hechos, de demostrarse que la víctima se encontraba privada de sentido en el momento de la agresión. Siempre que se sospeche la influencia de sustancias tóxicas se informará sobre la conveniencia de realizar una evaluación analítica. Debe reseñarse que en los casos de intoxicación etílica el sentimiento de autoculpabilidad aumenta de forma considerable (88), por lo que se debe transmitir de modo adecuado y sensible el objeto de la toma de muestras –que es el de establecer si sus capacidades intelectivas y volitivas se encontraban afectadas– rechazando cualquier obsoleta consideración social.

La toma de muestras para estudio toxicológico también exige el consentimiento informado. Para su obtención las víctimas deben entender (1):

- Los propósitos de las pruebas de toxicología y el alcance de la confidencialidad de los resultados.
- La detección e identificación de drogas y alcohol en sangre y/o orina es posible dentro de un periodo de tiempo limitado después de la ingestión.
- No hay garantía de que las pruebas revelen el empleo de drogas para facilitar el asalto.
- Las pruebas pueden o no limitarse a facilitadores del asalto, poniendo de manifiesto otras sustancias o alcohol que las víctimas hubieran ingerido voluntariamente.
- Si la prueba revela la presencia de facilitadores del asalto sexual, puede ser necesario su tratamiento.
- El resultado de un uso voluntario de drogas y/o alcohol puede ser conocido por la defensa y empleado para tratar de desacreditar a la víctima o para cuestionar su capacidad para percibir con precisión

los hechos en cuestión. Por el contrario, estos resultados también pueden ayudar a fundamentar que su consentimiento estaba deteriorado o impedido.

- La no obtención de las muestras puede influir negativamente en la investigación.

En cualquier caso, la víctima debe tener acceso a los resultados.

Además, existen otras dos cuestiones concretas sobre las que debe incidirse especialmente en materia de consentimiento:

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

Antes de comenzar las tomas fotográficas, debe recabarse el consentimiento por escrito, que sólo se podrá solicitar una vez que la víctima ha sido informada acerca de cómo y por qué se tomarán las fotografías, del objeto de cada toma y de las lesiones o evidencias que se pretenden fijar, exponiendo también que las imágenes pueden ser mostradas en un procedimiento judicial a través del informe médico-forense, y que incluso la parte contraria tendrá acceso a ellas (3) (58) (89). Se debe permitir que la víctima decida de manera individualizada sobre cada una de las instantáneas capturadas, mostrándole la imagen una vez obtenida para recabar su conformidad respecto a su almacenamiento e inclusión en el informe.

- Otra cuestión de interés, que no resulta común en nuestra cultura, aunque sí para el caso de minorías étnicas o religiosas, es la terminante prohibición de realizar test de virginidad, por vulnerar los Derechos Humanos –artículo 12 de la Declaración Universal (90)– al quedar el consentimiento condicionado, con carácter general por las presiones familiares o del grupo de pertenencia, además de ser totalmente contrarios a los principios de la bioética (91).

En la práctica existen determinadas situaciones que exigen una individualización del modo en que se transmite la información o se recaba el consentimiento, considerando especialmente las siguientes:

- En el caso de menores debe obtenerse el consentimiento de un padre o tutor. A partir de los 14 años se recomienda también solicitar el consentimiento al menor (21) (58), lo que mejora considerablemente la posibilidad de cooperación durante el examen.
- En pacientes con discapacidad, que presenten dificultades para tomar decisiones, es importante que dispongan de tiempo y apoyo para que puedan decidir por sí mismos; los profesionales, en atención al artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobados el 13 de diciembre de 2006, deberán

prestarles una atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y sus necesidades específicas (92). Si durante el reconocimiento se considera que un paciente adulto carece de capacidad para tomar la decisión, se deben dar pasos para averiguar si existe alguna persona con autoridad legal para consentir (58). Si la víctima está legalmente incapacitada debe pedirse el consentimiento al tutor, familiares, o magistrado, para que lo autoricen en su representación (21). Si la persona que debe ser evaluada se encuentra bajo tutela, y su representante legal quiere que se proceda al examen pero el/la afectado/a expresa su resistencia, debe consultarse con la autoridad judicial competente (55).

- En los casos de menores e incapaces existen excepciones a los requisitos de consentimiento, cuando existe sospecha fundada de que el tutor es el presunto delincuente (50) o cuando no puede ser encontrado y la obtención de pruebas se debe hacer rápidamente (1); en estas situaciones el hecho debe ponerse en conocimiento de la Fiscalía, que debe actuar como garante de los derechos de la persona a explorar. En cualquier caso, si hay sospecha de que el tutor es el abusador, éste no es de ningún modo apropiado para prestar el consentimiento.
- En víctimas con deficiencias auditivas puede ser necesario el uso de métodos no tradicionales, como imágenes anatómicas o bocetos, que pueden ayudar al paciente a identificar la naturaleza, detalles y circunstancias del asalto sexual (58).
- Los pacientes ciegos o con problemas de visión deben ser apoyados a través de una comunicación eficaz que les permita entender el proceso y dar su consentimiento informado. En estos casos se pueden proporcionar los documentos en formatos accesibles o proceder a su lectura en voz alta (58).
- Si el paciente está inconsciente el médico debe tratar de contactar con los familiares, padres o tutores para obtener el consentimiento para llevar a cabo el examen médico-legal. Si no resulta posible se debe realizar la exploración y documentar los esfuerzos efectuados para contactar con los familiares.
- En supervivientes con incapacidad mental temporal, por encontrarse bajo la influencia de alcohol y/u otras drogas, puede hacerse una evaluación inicial de las lesiones por si hubiera alguna que requiriese atención inmediata, evitando la contaminación de las muestras (21). Existen guías que recomiendan que ninguna otra acción se realice cuando se prevé que la víctima recuperará su capacidad en un breve lapso de tiempo, lo que le permitirá en ese momento otorgar su consentimiento para la realización del examen médico-legal (1) (21)

(93), aunque también hay protocolos que proponen recopilar pruebas de forma anónima hasta que la víctima pueda tomar una decisión informada al respecto (94).

1.5.2.5. El deber de confidencialidad

Es obvio el deber del profesional y de las instituciones de proporcionar un ambiente que facilite la mayor intimidad posible, con el objetivo prioritario de evitar una nueva victimización, y de permitir que la mujer, en un entorno adecuado, pueda proporcionar cuantos datos resulten de interés para la investigación clínica y médico-legal.

La atención centrada en la persona nos obliga a emplear los medios necesarios para garantizar su privacidad, actuando siempre con discreción para evitar la identificación como víctima de asalto sexual en un espacio público (pueden utilizarse códigos para evitar las referencias inapropiadas por parte de los profesionales), no ubicando a las víctimas en una zona de espera general y, obviamente, impidiendo que coincidan con el sospechoso en el mismo lugar (1). Por ello, el lugar en el que se lleve a cabo el reconocimiento debe estar dotado de:

- Un área de espera discreta, segura y tranquila para la víctima y sus acompañantes.
- Un ambiente privado, confidencial y seguro durante la investigación y la recogida de datos.
- Una sala de exploración reservada, con medidas que aseguren la privacidad de las víctimas.

El examinador debe tranquilizar a la víctima respecto a su seguridad y confidencialidad (58), prestando especial atención a la reserva de la identidad y de los resultados de la exploración, que nunca deben ser revelados a personas no autorizadas (50). En determinadas circunstancias el mantenimiento de la confidencialidad sobre la identidad resulta difícil, como ocurre en comunidades pequeñas o aisladas, donde las personas se conocen entre sí o las noticias de un delito se extienden rápidamente (por ejemplo campus universitarios, pequeñas comunidades...), lo que obliga a extremar las precauciones (1).

Resulta de gran trascendencia en esta materia el hecho de que los informes se conviertan en parte del expediente judicial, y queden compartidos con los representantes de las fuerzas del orden, instructores, fiscales, defensores y servicios de protección de adultos/menores (1). Esta restricción de la confidencialidad debe ser adecuadamente trasladada a la persona sobre la que va a realizarse la pericia, de tal modo que si la superviviente aporta información de interés para la causa, el examinador debe ser honesto y no asegurar nunca que su contenido no será incluido en el informe pericial, aunque así lo solicite (59) y, a sensu contrario, cualquier dato conocido en el transcurso de la exploración que no tenga relación o influencia sobre los

hechos investigados será debidamente reservado. Estas restricciones a la confidencialidad de los informes –y de las pruebas forenses y las imágenes– están estrechamente vinculadas con el consentimiento, tal como se exponía en el apartado anterior, y por ello los profesionales que intervienen deben informar a las víctimas de su alcance, para que puedan libremente decidir qué información desean o no aportar.

También la preservación de la confidencialidad de la documentación médica que se genere es de gran importancia. Es sabido que los datos recabados en los servicios de salud son susceptibles de convertirse en evidencia legal, por lo que es indispensable el registro, resguardo y control de toda la información obtenida en los procesos de atención médica. Por y para ello se debe contar con un registro especial o «historia clínica especial para casos de violencia sexual» que sustituya o complemente al tradicional expediente médico (6). Se sugiere como una buena práctica no utilizar la historia clínica completa para la recogida de los datos de interés forense, especialmente en países con sistema jurídico contradictorio (95), manteniendo la información sobre cuestiones médico-legales separada de la historia asistencial reciente (última relación consentida previa, fase del ciclo menstrual), ya que, por ejemplo, los registros de abortos anteriores, agresiones sexuales anteriores o el número de parejas sexuales han sido presentados en ocasiones como argumentos en contra de las víctimas. El aporte diferenciado de la información forense respecto de los datos médicos viene avalado por el artículo 30.h.2 del Código de Deontología Médica, que especifica que el médico deberá revelar ante quien tenga que hacerlo, pero únicamente en sus justos límites, la información que se le solicite «*Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto*» (82).

Por último, se debe mantener una política de información cero hacia los medios de comunicación, tanto a nivel individual como institucional (55).

1.5.3. Las buenas prácticas individuales

1.5.3.1. Identificación del Médico Forense actuante

La identificación del profesional encargado de la pericia es la primera cuestión, en orden cronológico, que debe plantearse. Además, es necesario que el/la superviviente conozca el objeto de la pericia, y que todas las actuaciones a realizar sean convenientemente explicadas por la persona responsable.

Albertin (96) describe que el desconocimiento de los roles de los profesionales por parte de la víctima motiva una dificultad para relacionarse adecuadamente con ellos, y es uno de los factores causantes de victimización secundaria. El propio Código de Deontología Médica (82), en su artí-

culo 10, expone que «Un elemento esencial de la información es dar a conocer al paciente o a sus allegados la identidad del médico responsable de su proceso asistencial, así como la de aquel que en cada momento le preste asistencia», y si bien cabe la controversia sobre el tipo de acto médico que realiza un perito, por lo ajeno a la medicina asistencial, no cabe ninguna duda de que las exploraciones realizadas encaminadas a la obtención de un diagnóstico médico-legal sobre el tipo de lesiones que la víctima pudiera presentar y sobre su etiología, así como el carácter invasivo de este tipo de reconocimientos, que son en todo caso médicos, obligan a adoptar esta norma ética incluida en nuestro Código de Deontología.

Por ello, el profesional debe en primer lugar exponer su identificación, el cargo que ocupa, y el organismo o institución que requiere su intervención. Esto se facilita mediante el documento oficial que le permite acreditarse y mostrar los datos necesarios ante la víctima, expedido conforme al artículo 32 del vigente Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses (97).

1.5.3.2. La urgencia

Quizás no exista una actuación médico-pericial que exija mayor celeridad en cuanto a su realización. Y no sólo desde la perspectiva sanitaria, por la que la asistencia que debe prestarse a la víctima será una prioridad al tratarse de una urgencia en la que las lesiones físicas agudas han de ser atendidas inmediatamente (1), sino también desde la óptica jurídica, orientada a preservar la prueba mediante la recolección y el manejo adecuado de evidencias forenses (6).

Así, durante las primeras 72 horas desde el momento de los hechos, la valoración forense integral de la víctima constituye una urgencia médico-legal y debe ser atendida como tal (59).

El retraso en la atención puede ocasionar perjuicios tanto en la atención clínica como en la correcta evaluación médico-legal, debido a (3):

- Pérdida de oportunidades asistenciales, como por ejemplo la provisión de anticoncepción de emergencia.
- Cambios en las evidencias físicas por evolución y curación de las lesiones.
- Pérdida de pruebas forenses relacionadas con el contacto con el asaltante, como puede ser la presencia de sangre, semen...

Cuando una víctima de asalto sexual solicita atención debe ser tratada como un caso prioritario, asumiendo que cada minuto que pasa esperando para ser examinada puede causar no sólo una pérdida de pruebas sino también un trauma indebido (1) (55): la respuesta rápida es esencial, tanto para proporcionar tranquilidad y comodidad como para preservar evidencias probatorias. Las víctimas de asalto sexual no deben beber, comer, ir al

baño o ducharse antes del examen, ya que tales actividades pueden condicionar la obtención de muestras; esperar durante horas bajo tales restricciones resulta desagradable, y puede convertirse en un obstáculo para proseguir con la investigación (23). Por ello las demoras en la asistencia son consideradas como experiencias negativas por las víctimas (23) (60), y su trascendencia es tal, que el tiempo de espera se encuentra incluido como criterio de calidad en la Guía de Atención a las Agresiones Sexuales en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de Barcelona (10).

A su llegada al lugar del reconocimiento, la superviviente debe ser tratada de manera preferente, y teniendo en cuenta la necesaria privacidad se le asignará de inmediato un área reservada; esta paciente debe ser asistida por personal del hospital dentro de los 15 minutos siguientes a su llegada o tan pronto como sea posible (55), y durante el tiempo de espera debe estar constantemente acompañada, tratando de humanizar la situación en que se encuentra (98). Las buenas prácticas proponen que el equipo de atención sea activado en la primera hora tras el conocimiento de un asalto sexual, siendo la coordinación en la respuesta esencial en la asistencia a estas víctimas (57).

En el estudio realizado por Santiñá en Barcelona se definieron tres puntos clave en este proceso asistencial (10):

- El primero era el momento de la llegada al servicio de urgencias de un paciente que manifestaba haber sido víctima de una agresión sexual. Esta persona no podría permanecer en la sala de espera, sino que debía ser atendida inmediatamente por el personal sanitario y ubicada en otra estancia, especial para estos asuntos.
- El segundo punto clave, considerado como crítico, se refiere a la presencia del médico forense cuando existe denuncia, siempre con el interés de evitar en lo posible repetir preguntas y exploraciones que podrían empeorar el problema de salud de una víctima de violencia sexual, al hacerle revivir el suceso.
- El tercer punto clave es el tiempo que la víctima permanece en el servicio de urgencias, motivado por la variedad de especialistas que intervienen en la asistencia y por la necesaria coordinación entre ellos.

En este estudio la mediana desde que se comunica la necesidad de que el médico forense acuda a la urgencia hasta que se presenta es de 42 minutos, sin diferencias significativas en los años estudiados; el tiempo de estancia en el servicio de urgencias es de 3'3 horas, sin que parezca estar influido por el tiempo que necesita el médico forense para desplazarse desde el juzgado de guardia o desde otra ubicación. Estos tiempos de permanencia fueron parecidos en todos los días de la semana, sin observarse diferencias significativas.

Conviene observar, respecto a posibles formas de atención urgente no personal, que si una mujer decide contactar con un servicio en el que le atiende un contestador, en ocasiones no vuelve a llamar (5).

1.5.3.3. La atención pericial a la víctima

Es fundamental que todos los examinadores, independientemente de su disciplina, estén comprometidos en proporcionar un cuidado compasivo y de calidad a las personas que refieren un asalto sexual, en la recopilación de pruebas de manera competente y en testificar ante la Justicia cuando sea necesario (1).

Siguiendo las sucesivas fases de la evaluación, el perito tiene que considerar la resolución de la cuestión jurídica que se plantea, evaluando a una víctima que viene de sufrir una experiencia altamente traumática, con necesidades específicas que deben ser atendidas.

a) La recepción:

Es un momento crucial (99) en el que la víctima únicamente aspira a recuperar el control y a sentirse fuera de peligro, de tal modo que se le debe prestar atención inmediata en un entorno protegido y sin ser prejujudgada (100), para lo que será recibida de manera apropiada en un espacio adecuado y discreto (31) que garantice su privacidad y su seguridad (101).

Todo el personal, y especialmente el médico, debe tener en cuenta que el asalto sexual además del trauma puede producir un estigma social (50). La conducta y actitud de quien realiza el examen debe estar sustentada en todo momento en el respeto a la dignidad de la persona, teniendo presente que siempre prevalecerá su bienestar sobre cualquier otra consideración (59). En cualquier caso, debe quedar absolutamente claro que la función del médico no es juzgar, sino escuchar; no es su responsabilidad establecer si existió o no agresión sexual, sino que es un agente más cuya obligación es proporcionar al juzgador la mejor información posible para que pueda acercarse al conocimiento de la verdad. Por ello, no debería ser necesario recordar que el profesional debe abstenerse de prejujudgar lo ocurrido en base a las circunstancias en las que se produjeron los hechos, al estado de la víctima, a su aspecto, a su condición social, a su grupo étnico o religioso...

Es imperativo que todas las supervivientes de violencia sexual sean tratadas con respeto y dignidad (3). Se debe estar atento a lo expresado por la víctima con el fin de generarle tranquilidad, propiciando su confianza y seguridad. Al hacer la valoración se ha de considerar su situación emocional, sus temores e inquietudes y el pudor que siente con respecto al examen, especialmente del área genital; por ello se dedicará el tiempo necesario para prepararla. Una actitud abierta y comprensiva por parte del examinador permite que la persona se tranquilice (59). Además, es im-

portante reconocer sus sentimientos, ya que esto le proporciona la sensación de ser comprendida.

Se debe procurar su mayor comodidad física y mental, lo cual ayudará a la obtención de la historia, y esto se consigue dando un enfoque empático a la actuación de todos los intervinientes. Para ello se proporcionará una atmósfera privada, cómoda y relajada, tratando de buscar la cooperación de la víctima para el examen médico, construyendo confianza y confidencia (50). Se debe, siempre, responder de una manera oportuna, apropiada, sensible, respetuosa (57), cálida, comprensible y solidaria, que facilite a la persona hablar de lo sucedido dentro de un ambiente de respeto y privacidad (6).

Además de promover esta tranquilidad de la paciente, se debe crear un clima de confidencialidad y amabilidad (56), proporcionando un trato comprensivo y facilitando un entorno que propicie la comunicación con la mayor intimidad posible.

La información se debe recoger con tacto, sensibilidad y cuidado del lenguaje, evitando la realización de preguntas comprometidas y sin forzar a la mujer a responder si no lo desea (32) (33) (35) (38). El uso de un lenguaje insensible puede contribuir a incrementar y prolongar la angustia de la víctima durante el examen y a dificultar su recuperación a largo plazo. Por ello, los profesionales deben elegir palabras suaves y relajantes, sin que haya lugar para comentarios o juicios críticos.

En ningún caso deben emplearse frases como (102):

- «¿Nunca pensó que podría ser violada?»
- «¿Cuándo le ocurrió este problema?»
- «Lo que hace falta, sobre todo, es que no se sienta culpable».
- «No es tan grave como dice»
- «Ahora hay que tratar de olvidar»
- «¿Está segura de que no pudo defenderse?»
- «Sepa que le comprendo»

Tampoco deben utilizarse palabras ambiguas, con más de un significado, o que puedan ser interpretadas erróneamente (50).

El entrevistador se abstendrá de hacer gestos o emitir expresiones aprobadoras o desaprobadoras, evitando mostrarse condescendiente o apesadumbrado (59). Tampoco debe tratar de minimizar el trauma de la superviviente mediante el uso de expresiones tales como «bueno, al menos...», y nunca cuestionará sus acciones ni emitirá juicios sobre su conducta, ya que esto genera falta de confianza y puede revictimizar (58).

En resumen, es preciso escuchar cualquier consideración y apreciación de la víctima, entablando un diálogo que permita exponerle de manera razonada y clara cuáles de sus peticiones pueden ser atendidas y cuáles no, por supuesto respetando en todo momento su autonomía para la toma de decisiones. Y todo ello sin hacer presunciones sobre sus necesidades (58).

b) Elaboración de la historia forense

Esta fase, por su delicadeza, requiere una gran dedicación en el tiempo, que algunos autores han llegado incluso a concretar asegurando que puede durar hasta una hora (31), pero que en cualquier caso debe extenderse todo lo necesario.

El lugar donde se realiza la entrevista médico-forense debe estar dispuesto de modo que constituya un entorno privado, distensionante y que garantice la tranquilidad, con mínimas posibilidades de distracción o interrupciones. Además debe ser confortable (59).

La historia forense debe recoger, de manera precisa y exacta, toda aquella información de interés que facilite un adecuado reconocimiento técnico y una toma de muestras eficaz y pertinente (58). Además debe incluir cualquier dato sobre condiciones preexistentes que permitan interpretar determinadas lesiones o hallazgos.

Tal como se expone en el apartado sobre el deber de confidencialidad, algunos detalles extraídos de una historia médica general no deben registrarse en el formulario del examen forense, como por ejemplo los referentes a número de abortos anteriores o de parejas sexuales, ya que pueden ser utilizados por la defensa y en nada ayudan al esclarecimiento de los hechos. Por este motivo, la buena práctica defiende la separación de la información necesaria para la evaluación y examen forense, de aquella otra reunida para fines de salud (23).

Durante la toma de datos, el médico debe emplear toda su capacidad de empatía, de delicadeza y de humanidad para permitir a la superviviente relatar su historia, sin darle en ningún caso una impresión de desconfianza, de incredulidad o de juicio de valor (67). La historia debe recogerse sin prejuicios (21), con una actitud sensible y compasiva, dirigiéndose a la víctima en un tono de voz tranquilo y manteniendo un contacto visual culturalmente apropiado, sin expresar sorpresa o incredulidad, evitando el uso de expresiones culpabilizantes del tipo «¿qué pensabas que podría pasar?», «¿qué hacías sola en ese sitio?», «¿qué llevabas puesto?», «deberías haberlo sabido mejor»... (3).

Los primeros interrogantes no deben abordar directamente el asalto. El estado emocional de la víctima en estos momentos no es propicio para una fácil anamnesis, por lo que resulta útil crear un clima mínimo de confianza en el que inicialmente se aborden cuestiones puramente objetivas (identificación), médicas (historia clínica general) y ginecológicas (historia ginecológica general) (22).

Se debe pedir a la víctima que cuente lo sucedido con sus propios términos, sin interrumpirla mientras describe los hechos (50), debiendo ser paciente para permitirle el tiempo que precise en su exposición (57) y para que encuentre las palabras con las que explicar los detalles del suceso (58). Se aceptará que el relato sea vago, elíptico y desdibujado por la emoción. Es importante que pueda describir con sus propias palabras lo que ha sufrido, lo que sentía: el miedo, la angustia, la humillación... escuchándola con atención y paciencia, y es necesario apoyarla en las evocaciones dolorosas. En algunos casos las supervivientes pueden obviar de manera intencionada detalles especialmente embarazosos de la agresión, ya que les resulta difícil hablar de determinadas cuestiones, como la penetración anal y las preocupaciones que esta les puede causar (3).

Si se necesita información complementaria, las aclaraciones se pedirán una vez concluido el relato, sin que éste sea interrumpido de manera innecesaria. Se evitarán preguntas que comienzan con «¿por qué?» por sus posibles connotaciones culpabilizadoras, de tal modo que las cuestiones se plantearán de manera abierta.

Se debe tener en cuenta que la víctima puede responder con evasivas y de manera contradictoria, cambiando de versión respecto a la aportada en un principio, debido a la conmoción, al dolor, a las dificultades para entender el idioma o para hacerse comprender, por su estado de ansiedad y miedo, o por su mayor o menor disponibilidad para comunicar lo sucedido según su estado. A veces es difícil para la víctima responder con precisión a la cuestión sobre el momento de los hechos, pudiendo influir diversos factores en su percepción del tiempo, tales como una intoxicación, un retraso mental, etc. (103).

Es fundamental no insistir en que cuente cosas o aspectos que no desea, reconociendo su derecho a controlar la extensión de la información personal que desea compartir (1). No obstante, se intentará recabar cuantos datos sean posibles sobre aspectos principales de la agresión, y entre ellos (104):

- El momento del suceso.
- El lugar donde se desarrolló.
- El autor o autores, con atención a si existía relación previa, si era o no conocido, familiar, amigo o compañero.
- Cómo ocurrieron los hechos, especificando el tipo de contacto o acceso: vaginal, anorrectal, oral.
- Si hubo eyaculación y dónde se produjo; si el agresor utilizó preservativo.
- Si mediaron amenazas con armas o intimidación de algún tipo.
- Si se le suministraron bebidas, medicamentos o sustancias y la vía de administración.

Si a pesar de la correcta actitud del profesional la víctima no se encuentra en disposición de relatar su vivencia, es inadecuado proceder a la entrevista (59). En cualquier caso, se le debe informar de que la anamnesis puede detenerse por un tiempo, y continuar cuando esté en mejores condiciones para afrontarla.

c) La exploración

Con carácter preliminar debe hacerse mención al tipo de especialización que debe requerirse al profesional encargado de la evaluación pericial, y para ello conviene saber que los dos principales elementos asociados a la condena del responsable son el hecho de que el reconocimiento se realice bajo el auspicio de la autoridad judicial y el que la víctima conozca al agresor. Desde esta perspectiva, resulta de gran interés la presencia del médico forense en el reconocimiento de las supervivientes de asalto sexual, como quedó demostrado en el estudio de Saint-Martin et al. (12), en el que se halló una asociación estadísticamente significativa entre la realización del examen por un experto legista (solo o con un ginecólogo) y las condenas, frente a aquellos casos en los que el examen fue únicamente realizado por un ginecólogo. Esto pone de relieve la importancia y la utilidad del examen conjunto y del enfoque multidisciplinar en la atención a víctimas de agresión sexual.

Previamente al inicio se debe preparar todo el material necesario: formularios y esquemas, fuentes de luz dirigible, colposcopio, kit de recogida de muestras, aparatos de captación de imágenes... Además, y ya que todo el personal que participa en las exploraciones y en la recogida de evidencias debe emplear elementos de protección, al objeto de evitar transferencias que puedan contaminar las muestras (mascarilla, guantes, gorros y batas de continuidad delantera), este equipamiento debe ser reunido y encontrarse al alcance de los profesionales antes de abordar la exploración (48).

El reconocimiento se hará siempre de forma sosegada, empleando cuanto tiempo sea preciso, y en un lugar adecuado, tranquilo y suficientemente equipado (35).

Se facilitará un clima de confianza que contribuya a disminuir la ansiedad, especialmente en lo relacionado con el examen (59). Estos temores pueden ser experimentados como una segunda violación si la evaluación no se realiza en condiciones apropiadas (105) (106), por lo que debe animarse a la víctima a relatar sus sentimientos, preocupaciones y necesidades (58). Si presenta un estado emocional con elevados niveles de angustia, deberán reducirse con carácter previo al examen, a través de la demostración de seguridad del entorno, de la aportación de información y de la empatía (21).

El médico, al comienzo del reconocimiento y al inicio de cada paso, debe explicar el desarrollo de la evaluación y de sus diferentes etapas en un lenguaje que la superviviente pueda comprender, invirtiendo el tiempo que sea necesario en escucharla, para, a continuación, solicitar su consentimiento

to. Es importante profundizar de manera clara en el proceso del examen en general y en su propósito, particularmente en aquellas personas que no han recibido atención médica o ginecológica previamente –algunas mujeres no han acudido jamás a un reconocimiento especializado, ni han visto un espéculo ni una sonda–, o que puedan tener dificultad para entender lo que ha sucedido y porqué se les pide someterse a un examen; en estos casos las aclaraciones serán particularmente necesarias. Se empleará el tiempo que sea preciso en describir los procedimientos y sus opciones, y también se le deben mostrar los instrumentos que se utilizarán y los materiales de recolección, proporcionándole información sobre ellos, de tal modo que pueda relajarse, percibir que controla lo que está ocurriendo y tomar decisiones que satisfagan sus necesidades (1) (67).

La víctima debe saber siempre dónde y cuándo se va a realizar cualquier contacto físico; muchas pacientes sienten subjetivamente la exploración del mismo modo que el asalto sexual, por lo que es importante conocer esta posibilidad y ser sensible a ella, empleando un tono suave en todo momento (21). El examen puede producir reacciones tales como flashbacks, llanto, miedo, dolor excesivo en comparación con los procedimientos seguidos...

Con todas estas indicaciones la persona a explorar puede rechazar la totalidad o partes del examen, debiendo respetarse siempre su decisión. Es importante para la recuperación de la víctima tranquilizarla, hacerle saber que puede detener la exploración en cualquier momento, y que es ella quien mantiene el control durante todo el reconocimiento (3) (103). De ser necesario, y si una vez iniciado el nivel de angustia es elevado, se puede interrumpir para retomarlo pasados unos minutos (21).

La ropa debe ser estudiada (31) y en ocasiones preservada para realizar pruebas forenses (87) (107) al ser la mejor fuente de material genético del agresor, incluso varios días después del suceso, a condición de que se haya recogido y conservado adecuadamente (12); con frecuencia contiene importantes evidencias, ya que sobre ella se depositan elementos ajenos a la víctima tales como semen, saliva, sangre, pelos, fibras y restos de la escena de los hechos. Mientras que los materiales extraños se eliminan del cuerpo con el lavado, estas mismas sustancias a menudo se pueden encontrar intactas en la ropa durante un periodo considerable de tiempo tras un asalto. También los daños en las vestimentas son importantes, ya que pueden ser prueba de la existencia de una fuerza que debe ser aclarada (1).

De inicio debe determinarse si la víctima está utilizando las mismas prendas que llevaba en el momento de los hechos o inmediatamente después del asalto; si es así se examinarán cuidadosamente observando la existencia de desgarros o roturas, pelos o manchas sospechosas (108), o materiales aparentemente extraños, de tal modo que si se considera que pueden contener pruebas deben recogerse. Si no está usando las mismas prendas, la necesidad de preservar la nueva vestimenta, especialmente la ropa interior, debe ser valorada (58), tratando de localizar la que portaba durante la agresión

para que pueda ser puesta a disposición de los investigadores antes de que cualquier potencial evidencia se destruya.

Si se plantea que de la ropa pueden obtenerse evidencias la superviviente debe desvestirse sobre una sábana blanca (1) (21) (23) (35) (38) (56) (58) (59) (86) (109) tratando de proporcionarle tanta privacidad como sea posible; una manera de preservar todos los indicios es pidiendo a la víctima que se coloque sobre la sábana detrás de un biombo y entregue las prendas una a una para que sean colocadas en bolsas de papel individuales. Obviamente no se sacudirán, ya que pueden perderse evidencias como pelos y fibras, y tampoco deben cortarse a través de agujeros, rasgaduras o manchas existentes (55). A continuación se le proporcionará una bata para su uso durante la exploración (3) (58) (109).

Con carácter general se recogerá cualquier vestimenta utilizada durante o inmediatamente después del asalto, incluso si no hay daños o manchas evidentes. Para su recolecta se debe contar con el consentimiento de la víctima, a quien, en todo caso, debe advertirse que las prendas entregadas no le serán devueltas. Tras su obtención se le deben proporcionar ropas de reemplazo (3); de no ser posible esta sustitución no deben recogerse inmediatamente, sino que se permitirá a la paciente regresar a su domicilio y aportarla posteriormente (21). Si no consiente en la entrega, debe mencionarse en el informe pericial (59).

Antes de comenzar la exploración detallada es importante tratar de que la víctima se sienta lo más confortable y relajada posible, pidiéndole que comente cualquier situación que le produzca incomodidad (50). Se empleará el tiempo necesario para explicar todos los procedimientos y porqué son necesarios, ofreciendo la posibilidad de hacer preguntas (3). Debe informarse a la persona de que ante un malestar que surja puede detenerse el examen en cualquier momento (58).

El examen físico debe comenzar en la zona extragenital, continuar con la paragenital y finalizar con la genital. Es de muy mala técnica iniciar la exploración por esta última, pues en este caso la víctima será colocada en una situación muy incómoda, que a menudo redundaría en un examen donde falta su colaboración, llegando incluso a dificultarlo (110). La Guía de la OMS (3) recomienda iniciar el reconocimiento por las manos, con lo que se puede ir estableciendo una relación de confianza entre el examinador y la paciente.

Se debe tener en cuenta el pudor de la persona explorada, cubriendo su cuerpo y exponiendo solamente la parte a ser examinada en cada momento (59), de tal modo que no esté nunca completamente desnuda: primero se examinará la mitad superior de su organismo y una vez cubierta la mitad inferior, momento en el que se efectuará el examen ginecológico y, en su caso, el anorrectal (104).

La exploración debe ser completa, inspeccionando áreas como el rostro donde las contusiones pueden ser evidentes, zonas de defensa y resistencia

como antebrazos y regiones internas de muslos, superficies de apoyo, y también la boca y los dientes. Deben buscarse signos de contusiones, abrasiones, laceraciones, de retención en muñecas y tobillos, de separación en rodillas, muslos y brazos... que se observan en más de la mitad de las mujeres víctimas.

Los senos y el tronco se deben examinar preservando la dignidad del mejor modo posible. En general se recomienda comenzar con la parte posterior del tórax, tratando de exponer únicamente el área que se está examinando, descubriendo la bata por su parte posterior hacia el lado derecho, seguida de la parte izquierda (3).

La posición para el examen genital variará en razón de diferentes características de la mujer y del objeto de la exploración. Básicamente se describen cuatro posiciones prácticas, cuya utilización depende de la edad y del grado de colaboración de la superviviente, de la habilidad del médico examinador y de las particularidades del caso; en el informe pericial deberá consignarse la empleada (59):

- *Posición de litotomía o ginecológica*: Es la más usada en las mujeres. En menores de edad impúberes no se recomienda el uso de los estribos de la camilla ginecológica.
- *La denominada posición de rana*: Recomendable en niñas pequeñas. Con la menor en decúbito dorsal, se le ayuda a que separe las rodillas hacia afuera, uniendo los talones de manera simultánea. Esta posición favorece la exposición de la región genital, permitiendo una adecuada valoración de la membrana himeneal.
- *Exploración en el regazo*: En algunos casos es conveniente valorar a los/las menores en el regazo de su madre o acompañante, porque allí están confortables y más tranquilos. Esta posición también permite un adecuado examen genital.
- *Posición genupectoral*: Generalmente empleada para el examen de la región anal. Consiste en que la paciente se arrodilla, flexiona su cuerpo, y apoyándose sobre los antebrazos eleva la región glútea. Esta posición también permite la visualización de los genitales externos en la menor, en caso de que colabore; es recomendable para verificar hallazgos que no quedan suficientemente claros al ser observados en la posición de rana.

Si bien en la mayoría de los casos se realiza el examen con espéculo (3), tanto la exploración vaginal como la utilización de este instrumento no se efectúan si no existe historia de penetración, si se trata de menores o cuando la víctima o el tutor se opongan (50). En mujeres prepúberes prácticamente nunca está indicado el examen con espéculo ya que puede añadir un trauma a la menor; en el caso de que sea necesario –por lesiones extensas– solo se empleará en hospital pediátrico y bajo anestesia general (55). Debe tenerse en cuenta que esta parte del examen puede ser particular-

mente difícil para la superviviente, ya que le puede recordar al asalto; por ello, la introducción del espéculo debe ser delicada y su importancia explicada detenidamente (3).

Para su aplicación, se sugieren normalmente solución salina o agua tibia, debido a la hipotética actividad espermicida de otros lubricantes (56). Sin embargo, la revisión de la literatura demuestra que en general, incluyan o no espermicida, no tienen ningún efecto adverso en la tipificación del ADN; aún con esto, algunos laboratorios de criminalística indican que no se deben emplear lubricantes en los exámenes por asalto sexual, lo que demuestra una desconexión entre la investigación y la aplicación práctica, de la que deriva una falta de consideración para proporcionar la mejor y más compasiva atención a la víctima (52).

Por otra parte, los test con introducción de dedos en la vagina, para comprobar si admite el paso de uno o de dos, no deben emplearse para valorar la habitualidad de las relaciones sexuales por dos cuestiones fundamentales: se trata de un procedimiento denigrante para la víctima y es científicamente irrelevante (50).

Para el examen anal puede pedirse a la paciente que se dé la vuelta una vez finalizada la exploración genital. Cubrir los muslos durante esta fase puede ayudar a evitar un sentimiento de exposición. Para la correcta observación del ano es necesario desplazar los glúteos, procedimiento que debe ser explicado de manera adecuada (3).

El examen rectal digital se recomienda si hay sospecha de introducción de objetos por vía anal, y debe ser realizado antes de la proctoscopia o anoscopia. La proctoscopia únicamente se hará en casos de sangrado o de dolor severo con sospecha de lesión, o ante la posible presencia de un cuerpo extraño (3) (50).

Durante la realización del examen médico se recomienda hablar con la víctima sobre aspectos neutros de su vida social, con el fin de distraerla, creando un clima propicio que minimice la incomodidad generada por la exploración (59).

d) La toma de muestras

Toda mujer tiene derecho a conocer la identidad del agresor, y a que la Administración ponga los medios necesarios para obtener su perfil. Por ello deben instaurarse mecanismos para una correcta toma de muestras biológicas (kits de recogida y envío) y para su adecuado estudio en los laboratorios especializados. Y no solo esto, deben establecerse indicaciones claras y precisas, revisables conforme se suceden los avances técnicos, sobre los períodos en los que los estudios de identificación pueden resultar efectivos, determinando unos plazos máximos de detección a los que se vincule la toma de muestras.

Resulta de gran beneficio para la superviviente que cualquier indicio forense se recoja en el examen médico (3), orientándose las evidencias recopiladas hacia cuatro objetivos (1) (23):

- Constatación de un contacto sexual reciente
- Identificación del sospechoso
- Documentación de la fuerza empleada, o de la amenaza de fuerza
- Confirmación de los hechos relatados.

La recolección de muestras forenses es un proceso en varios pasos, que puede exigir varias horas hasta completarse, y debe ser llevada a cabo por personal especialmente capacitado (2). Se recomienda, en todo caso, que sea sincrónica con la exploración (48).

Se realizará atendiendo a tres factores principales: historia de la agresión, hallazgos físicos y tiempo transcurrido entre el asalto y el examen (50), y debe estar supeditada al alcance del consentimiento y a las instrucciones del kit de recolección de pruebas.

Con carácter general se deben tomar muestras de sangre, pelo, residuos de uñas e hisopos de labios menores y de vagina, mientras que otras solo serán recogidas si se considera necesario, atendiendo a las particularidades de cada caso (50). Por ello deberá hacerse una valoración previa individualizada según los criterios expuestos en el párrafo anterior, en orden a dirigir la toma de muestras únicamente hacia aquellas que pueden aportar datos, descartando la recogida de otras innecesarias y la invasión indebida de la intimidad, cuando conforme a la historia y al relato de los hechos no se prevea la obtención de información de interés.

Abundando en esta cuestión, solo se recogerán aquellos materiales –ropa– y muestras –pelo, sangre, saliva o esperma– si pueden ser utilizados y procesados conforme a la capacidad del laboratorio de referencia y a los requisitos legales (111) (112).

Cuestión técnica de gran interés es el tiempo tras el asalto en el que resulta adecuada una toma de muestras biológicas con el interés de identificar al agresor. Se estima que dentro de las primeras 72 horas las probabilidades de encontrar espermatozoides en fondo de saco vaginal son mayores; sin embargo, esto no debe limitar al perito a tomar la muestra cuando el tiempo transcurrido haya sido mayor (59).

Algunos protocolos indican que pueden tomarse muestras en víctimas de un asalto sexual ocurrido en los cinco días, o menos, anteriores al reconocimiento (103). El Tennessee Best Practice Guidelines For Sexual Assault Response Services, publicado en mayo de 2014, expone que las pruebas forenses pueden ser viables más allá de las 120 horas, de tal modo que se deben evaluar los casos de forma individual para considerar las necesidades y la situación específica de cada víctima (57).

Taylor en 2010 publicaba que las estrategias de detección de ADN basadas en STR autosómico requieren que la muestra se obtenga dentro de los tres primeros días tras el asalto; no obstante, en situaciones en las que no pueden obtenerse resultados con esta técnica –escasa o frágil muestra de espermatozoides, mezcla de fluidos corporales masculinos y femeninos o varios donantes masculinos– puede utilizarse Y-STR (113).

Así, la SWGDAM Interpretation Guidelines for Y-Chromosome STR Typing by Forensic DNA Laboratories aprobada el 9 de enero de 2014 prescribe el uso de Y-STRs en ciertas circunstancias: «El tipaje Y-STR también se utiliza para la detección de ADN masculino en mezclas que contienen un exceso de ADN femenino. Teniendo en cuenta la menor proporción de ADN masculino en una mezcla con abundante ADN de sexo femenino en determinadas condiciones, el ADN masculino sólo puede ser detectable por tipaje Y-STR, y los laboratorios deben perseguir el análisis de Y-STR como el medio más adecuado para la detección de un aportador masculino (s) en algunas muestras forenses» (114).

Resulta evidente que los avances en genética forense se suceden a gran velocidad, tal como se expuso en el Forum «Best Practices for the National Response to Sexual Assault Investigations», celebrado en Virginia el 18 de septiembre de 2014 en el marco de los trabajos desarrollados por el FTCoE (52): mientras en el año 2004 el límite de viabilidad venía indicado en 3-4 días, Ballantyne en un estudio de la University of Central Florida en colaboración con el University of Tennessee Health Science Center ha demostrado la posibilidad de obtener perfiles de ADN de muestras cérvico-vaginales recuperadas entre 6 y 9 días después de la relación sexual, basándose en la mejora con éxito de la capacidad para recuperar perfiles Y-STR de varón, en contra de la dificultad para mejorar la recuperación de perfiles STR autosómico cuando la cantidad de ADN femenino presente es proporcionalmente mucho mayor, situación que se produce conforme transcurre tiempo desde el coito (115). Ballantyne recomienda que se recojan muestras al menos hasta 10 días después de la relación sexual y que los laboratorios dispongan de servicios para tipaje de Y-STR, además de ADN estándar.

Por todo ello, puede resultar ventajoso recoger todas las muestras que se consideren pertinentes, siempre que la superviviente no se haya lavado entre el asalto y el examen, sin importar cuánto tiempo haya transcurrido (50).

Con carácter general, la toma de muestras biológicas se hará en el siguiente orden: anal, rectal, genitales externos, vagina y cérvix (21), y teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las muestras perianales, anales y rectales se recogerán siempre que haya referencia o evidencia de contacto anal o de penetración (50).

Los plazos de recogida de muestras varían según distintos autores y guías: para Linden, se deben tomar hisopos anorectales y frotis si han transcurrido menos de 24 horas desde la penetración (2); otras guías consideran que la muestra perianal debe tomarse si ha existido coito vaginal o anal en los 3 días anteriores, y muestra rectal si existió coito

anal en los últimos 3 días (58). La Faculty of Forensic and Legal Medicine recomienda toma perianal si ha existido penetración vaginal en los últimos 7 días, si hubo penetración anal en los tres días previos –en ambos casos incluso si supuestamente se ha utilizado preservativo–, penetración anal digital en las últimas 48 horas, o eyaculación en contacto con la vulva, región perianal y periné; las muestras de ano y de recto se tomarán si existió penetración anal en un plazo anterior a 72 horas –incluso si se sospecha la utilización de preservativo–, o penetración anal digital dentro de las 48 horas. Si la mujer refiere únicamente coito anal, debe solicitarse el consentimiento para la toma completa de muestras en genitales, además de las anorrectales (70).

- La toma de muestras de genitales externos debe realizarse siempre antes de la exploración digital o mediante espéculo, aconsejándose que en caso de coito vaginal se recoja si el plazo es inferior a 7 días, si existió coito anal en los 3 días anteriores –en ambos casos incluso si supuestamente se empleó preservativo– o si hubo eyaculación en el perineo, y para el caso de penetración digital si ésta ha tenido lugar dentro de las 48 horas previas (58) (70).
- La toma de muestras de periné se hará cuando el coito vaginal o anal haya tenido lugar en los últimos 7 días (58).
- La toma de muestras en canal vaginal se hará en caso de penetración por esta vía cuando hayan transcurrido 7 días o menos, o coito anal en los 3 días anteriores o menos (58) (70). Se deben tomar hisopos vaginales proximales y distales y endocervicales, incluso si supuestamente se utilizó preservativo, y también si se produjo eyaculación en contacto con la vulva, región perianal o perineo; en caso de que la víctima esté en edad prepuberal y permita el paso del hisopo, la muestra se tomará siempre que no hayan transcurrido más de 72 horas (70). Si la víctima refiere un contacto oro-genital o si el autor pudo haber utilizado su saliva como lubricante, debe limpiarse el área vaginal externa, además de recogerse las muestras internas (55).

Además podrá ser necesaria la toma de muestras en otras localizaciones:

- En cavidad oral: El semen se pierde rápidamente en la boca por dilución con la saliva, al ser deglutido al tragar o porque se mezcla con las bebidas. Al tratarse de un método mínimamente invasivo siempre se puede proceder a la toma de la muestra, existiendo diversidad de criterios respecto a los plazos: así, algunas guías proponen que se realice dentro del primer día después de la agresión (58), otras proponen la toma de dos hisopos si han pasado menos de 12 horas desde el incidente, frotando firmemente alrededor de las encías, frenillos y en el pliegue de la mejilla (50); autores como Linden recomiendan la toma de hisopos bucales si han transcurrido menos de 24 horas desde la penetración oral (2), ya que se considera que después de

este periodo las posibilidades de obtener resultados positivos son nulas, por lo que no sería necesario realizar este muestreo (103); y plazo más amplio propone la Faculty of Forensic and Legal Medicine al recomendar que la toma de muestras se realice cuando la exploración tenga lugar dentro de las 48 horas siguientes al incidente, tanto mediante hisopo como con enjuague bucal (70).

- Transferencias significativas de pelo del agresor a la víctima se producen en el 4% de los casos. Los expertos forenses coinciden en que el peinado para la colecta de pelos extraños y la toma posterior por arrancamiento del pelo de la víctima es el mejor método comparativo, si bien es obligado reseñar que estos exámenes de rutina, arrancando vello púbico y cabello, son insensibles hacia la víctima e incluso innecesarios (23).
- De las manos se tomarán muestras, con carácter general, si el incidente ha ocurrido dentro de las 48 horas previas; no obstante, si la persona examinada no se ha lavado, puede tomarse muestra del área de la piel hasta 7 días (168 horas) después del incidente (70).

Se recogerán muestras de uñas si existe constancia o referencia de que la víctima hubiese arañado al agresor (3) (21) (50). Se recogerá el material biológico bajo las uñas, que se recortarán, y se recolectarán las que se encuentren rotas; si no se pudiesen recortar se limpiarán con hisopos estériles humedecidos en agua destilada también estéril (107) (116).

- En el caso de marcas sospechosas de mordeduras o lugares donde la víctima refiera que ha habido contacto oral –donde el asaltante hubiera chupado, lamido, besado, mordido...– debe recogerse muestra mediante hisopos, a fin de indagar la posible existencia de restos de saliva para su posible tipaje de ADN (21) (50). Obviamente, en estos casos también puede estar indicado tomar la huella de la mordedura para establecer el patrón de dentición (21).

En España la Orden JUS/1291/2010, en su artículo 35, especifica qué tipo de muestras deben obtenerse para la identificación de indicios biológicos en casos de agresión sexual (117).

«1. Tomas bucales para búsqueda de semen. Se recogerán los posibles restos de semen con dos hisopos estériles que se pasarán con cuidado y sin frotar mucho, por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Se introducirán en cajas de cartón específicas para hisopos.

Esta es la primera toma que debe realizarse, ya que en la boca los restos de semen desaparecen con cierta celeridad.

2. Superficie corporal. Hay que buscar manchas de saliva, sangre o semen, mordeduras o similares que deben recogerse con hisopos estériles según se ha descrito en el artículo 34, puntos 1 y 2.

3. *Peinado de vello púbico y recogida de pelos dubitados. Mediante peinado suave para no arrancar pelos de la víctima, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.*

4. *Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos. Se deben obtener con dos hisopos estériles secos limpiando la cavidad vaginal, dos para el cuello uterino y uno para la región vulvar.*

La toma de los hisopos deberá realizarse de la zona exterior a la interior, primero la vulva, después la cavidad vaginal y por último el cuello uterino para no arrastrar hacia adentro los posibles restos o que estos queden adheridos al palo del hisopo y no al absorbente del mismo. Esta toma deberá realizarse antes de hacer el lavado vaginal. Los hisopos se introducirán en cajas de cartón específicas para ellos.

5. *Lavado vaginal. Se lleva a cabo después de la toma con hisopos, para lo cual se utilizarán unos 10 ml de suero fisiológico estéril que se recogerá en un tubo o frasco de plástico. Enviar refrigerado.*

6. *Tomas anales y del margen anal. Deben ser obtenidas limpiando con dos hisopos estériles secos el conducto ano rectal y el margen anal, respectivamente. No enviar heces.*

7. *Las ropas vestidas por la víctima en el momento de la agresión deberán envolverse cada una por separado en papel, e introducirse en bolsas de papel independientes.*

Es aconsejable el uso del kit de agresiones sexuales del INTCF».

Se recomienda que previamente al comienzo de la exploración el médico tenga a su alcance los materiales necesarios para la toma, envasado y etiquetado de muestras. Los kits preparados a estos efectos contienen los elementos que usualmente se requieren para la recogida de indicios; la ventaja de su utilización es que el examinador está seguro de que todo lo necesario estará a su disposición antes de comenzar el estudio (3).

Con carácter general, y además de las instrucciones de empleo, el kit deberá contener los siguientes elementos básicos (50):

- Folios
- Sobres y/o bolsas de papel
- Bolsas de plástico
- Hisopos
- Tubos de ensayo
- Recipiente para muestra de orina
- Peine
- Cortador de uñas
- Palillos
- Tijeras
- Jeringas desechables

- Agua destilada y solución salina normal
- Bata y guantes
- Lupa

Obviamente las instrucciones del kit no deben ser leídas delante de la víctima, por la posibilidad de que se incremente el trauma emocional del asalto (1).

En nuestro país, el kit que desde el año 2006 viene utilizándose en los Institutos de Medicina Legal, a propuesta del Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia y del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, contiene elementos para la recogida de muestras indubitadas y de muestras de referencia de la víctima (hisopos, viales con agua estéril, pinzas, peine y cortauñas con depósito), para su traslado, precinto y etiquetado (sobres y precintos), material desechable de uso por el facultativo (mascarilla, bata, guantes y espéculos) y por la víctima (sábana, bata y braga).

Hay que recordar también que los elementos incluidos en los kits tienen fecha de caducidad, y que los presupuestos institucionales deben tener en cuenta la necesidad de reemplazo de los materiales y de adquisición de otros que incorporen las nuevas recomendaciones.

A este respecto, debe atenderse a las últimas actualizaciones de la Faculty of Forensic and Legal Medicine, que proponen no introducir hisopos con eje de madera en ningún orificio (70). Sobre el tipo de material se considera que los de algodón son más efectivos para la recogida de muestras que los de nylon (118), aunque hay estudios que avalan que estos últimos retienen menos elementos celulares que aquellos, apoyando que los de nylon son más efectivos para la extracción de ADN por método chelex (119), esto es, en los hisopos de nylon el ADN se libera mejor que desde la torunda de algodón, en la que la matriz del tejido tiende a aferrarse a la muestra. En el caso de procesos de análisis automatizados, en los que se utilizan diferentes productos químicos, el rendimiento será mejor dependiendo de cuál se emplee, ya que algunos funcionan mejor en hisopos de algodón que en los de nylon (52).

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la agresión sexual pudo haberse cometido en circunstancias en las que se situó a la víctima en indefensión utilizando sustancias tóxicas, aunque también es posible que hubiese consumido alguna de ellas por sí misma y que en el momento de los hechos se encontrara incapacitada para defenderse (59).

El tóxico más frecuentemente implicado en agresiones sexuales es el alcohol (120), sustancia que la persona puede consumir voluntariamente. Diferentes estudios sitúan entre un 41'8 y un 46% la proporción de supervivientes con consumos de alcohol previos al asalto (121) (122). Sin embargo, cada vez se reportan más situaciones en las que el autor administra una sustancia a la víctima, frecuentemente añadida a una bebida, con el fin de

incapacitarla para que no pueda evitar el ataque (55). En estos casos de «sumisión química» la sustancia no sólo se administra sin el consentimiento de la víctima, sino que se hace de manera subrepticia y fraudulenta, con la intención de provocarle un estado de sedación o de hipnosis que disminuya sus capacidades cognitivas y volitivas para someterla, en contra de su libre albedrío, a la agresión sexual (123).

Con carácter general no se recomiendan pruebas toxicológicas de rutina, estando limitada la toma de muestras a la existencia de signos de intoxicación por drogas y/o alcohol o cuando la víctima refiere la ingestión de sustancias o describe síntomas, como sucede en las siguientes situaciones (1) (2) (50) (55):

- Estado de inconsciencia
- Signos vitales anormales
- Informes o historia de ingestión de drogas o alcohol
- Signos de pérdida de memoria, alteraciones del juicio, confusión, somnolencia, mareos, hipotensión...
- Discapacidad de sus habilidades motoras
- Descripción de pérdida de conciencia, alteraciones del sensorio, deterioro de la memoria
- Nauseas, vómitos, diarreas

En todo caso, lo ideal es que la víctima no orine hasta después de la obtención de la muestra.

Con carácter previo se le debe explicar el objeto de este paso, que no es otro sino el de determinar si su entendimiento y/o voluntad se encontraban afectadas en el momento de los hechos como consecuencia de la administración de un xenobiótico. Una vez informada se solicitará su consentimiento.

Dado que estas drogas metabolizan muy rápidamente la oportunidad de la recolección es importante, por lo que cuanto antes se haga tras el asalto mayor será la posibilidad de detectarlas (55). El tiempo de permanencia de estas sustancias en sangre o en orina depende, además de la farmacocinética propia de cada una de ellas, de la cantidad administrada, del tamaño corporal, del metabolismo de la víctima, de si tenía el estómago lleno y de si previamente orinó (1). En orina la ventana de detección es mayor que en la sangre (124), variando las recomendaciones sobre los plazos para la toma de muestras entre las 24 horas postingesta para sangre y las 96 horas para orina (1) (48) (59), y las 48 horas en sangre y 120 horas en orina (58); otros autores incluso proponen hasta 7 días desde los hechos (125) (126) (127). Ocasionalmente, las víctimas de asalto sexual facilitado por drogas vomitan; el análisis del vómito también puede ser útil en la investigación (124).

En los casos en que no se haya podido hacer una toma de muestras inmediata o se estime que por el tiempo transcurrido ya se ha producido la eliminación del tóxico en sangre y orina (períodos superiores a 7 días) puede tomarse muestra de cabello o pelos (2 mechones de cabello del grosor de un lápiz siguiendo el método empleado para el estudio de consumo crónico de drogas de abuso: cortado muy próximo al cuero cabelludo y a ser posible de región occipital). Se recomienda tomar una segunda muestra 4-6 semanas después del reconocimiento inicial (126) (127) (128) (129).

En el supuesto de que la víctima haya recibido algún tratamiento en el intervalo entre los hechos y la toma de la muestra deberá hacerse constar (130).

Por último, y al objeto de complementar la documentación de la historia y los hallazgos físicos, se recomienda la toma de fotografías, ya que puede ser la única manera de que quede una adecuada constancia de posibles lesiones por mordedura, hematomas u otro tipo de traumatismos. En estas situaciones se debe ser considerado con la comodidad y con la privacidad de las víctimas, reduciendo al mínimo sus molestias mientras se toman las imágenes, cubriendo las partes del cuerpo que no van a ser documentadas y atendiendo con la debida sensibilidad las preocupaciones de la víctima respecto a su intimidad (131) (132). También se deben adoptar medidas que impidan la identificación (tapar el rostro, tapar los ojos, etc.) (35). Además, si el examinador es masculino y la víctima es de sexo femenino, otra mujer deberá estar presente en el momento de la toma de las imágenes.

1.5.3.4. El feedback

Finalizado el examen, la víctima debe ser informada de los resultados de las pruebas realizadas, de los principales hallazgos y de su significado; además puede recibir comentarios sobre la valoración efectuada, y orientación sobre sus derechos de justicia, salud y protección, dándole la oportunidad de formular preguntas (21) (59).

Por otra parte, la evaluación y el seguimiento son aspectos importantes en todas las formas de asistencia a la salud, y resultan claves para el mantenimiento de servicios de alta calidad y de un satisfactorio nivel de atención. El objetivo debe ser considerar los puntos fuertes y las debilidades de una instalación o servicio, y sus resultados se emplearán para modificar y mejorar estrategias de intervención. Para estos fines puede plantearse un formulario en el que la superviviente pueda manifestar sus impresiones sobre la atención recibida, recogiendo los datos de manera anónima (58).

También el médico forense debe tener la oportunidad de recibir un retorno de la información generada, con el fin de poder evaluar los efectos y consecuencias de su intervención.

1.5.3.5. Atención individualizada de necesidades específicas

El proceso del examen a supervivientes de violencia sexual debe adaptarse a sus circunstancias individuales. Sus experiencias durante la agresión y en el reconocimiento, así como las necesidades post-asalto, pueden verse afectadas por diversos factores, tales como (1):

- Edad
- Género, género percibido y/o género expresado
- Discapacidad
- Dominio del idioma
- Creencias y prácticas religiosas y espirituales
- Creencias y prácticas étnicas y culturales
- Situación de inmigración
- Situación económica
- Victimización anterior
- Relación previa con el sospechoso
- Asalto incluido en otro tipo de violencia (familiar, de pandillas, de explotación sexual, de explotación laboral...)
- Asalto mediando drogas y/o alcohol
- Lugar del asalto
- Lesiones físicas acompañantes y su gravedad

Las guías de buenas prácticas asumen que algunas víctimas son particularmente vulnerables en razón de su origen étnico, idioma, minoría, condición de refugiado, edad, ubicación en áreas remotas o subdesarrolladas o por su discapacidad, y por ello es necesario garantizarles una atención, intervención y protección especiales (43) a través del desarrollo de políticas y planes que satisfagan sus necesidades específicas: intérpretes de lenguaje de signos, traductores, mecanismos para salvar barreras físicas... (1)

Entre estos grupos vulnerables también se incluyen adolescentes, mujeres jóvenes, personas sin hogar, internos en centros penitenciarios, trabajadores/as del sexo, mujeres de bajos ingresos, mujeres con antecedentes de abuso sexual o agresiones, personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales... (8) (57) (75) (133)

Estas formas de identidad pueden influir en la percepción de la experiencia, y también durante el proceso del examen. Sin embargo, no debe asumirse que el hecho de pertenecer a una población específica determina en las víctimas ciertas creencias o ciertas necesidades y preocupaciones, ya que también influyen sobre ellas otros factores personales y externos, de tal

modo que cuidados que ayudan mucho a unas supervivientes pueden no ser beneficiosos para otras (1).

En definitiva, la correcta atención sensible a este tipo de víctimas exige, en la medida en que los recursos humanos y económicos lo permitan, una asistencia individualizada según su propia idiosincrasia.

a) Personas con discapacidad

La vulnerabilidad de las personas con discapacidad es mucho mayor (1). En estos casos los perpetradores suelen ser cuidadores, familiares o conocidos que abusan en repetidas ocasiones de la víctima porque no es capaz de comprender la situación o no denunciará el delito (1) (71). Así, las agresiones sexuales cometidas contra personas con discapacidad física, psíquica, cognitiva o comunicativa, con frecuencia no son declaradas y rara vez son perseguidas con éxito.

Una superviviente con discapacidad puede requerir tiempo y adaptación durante la entrevista con la policía y durante el examen forense (71). Se deben respetar los deseos de que sus cuidadores o familiares estén presentes, con la restricción de que, aunque estos acompañantes acostumbren a hablar en nombre de la persona con discapacidad, no influyan en sus manifestaciones durante el reconocimiento. El profesional que realice la exploración siempre debe dirigirse directamente a la persona afectada, incluso si un mediador o un intérprete está presente.

- En el caso de *discapacidades físicas* no hay que dar por supuesto que pueda necesitar ayuda especial, y siempre se le pedirá permiso antes de auxiliarle, de manejar su dispositivo de movilidad, de tocarle, o de tocar a un animal de servicio. Si la persona tiene una discapacidad sensorial se le preguntará qué método prefiere para comunicarse, teniendo en cuenta que generalmente eligen hacerlo a través de un intermediario que esté familiarizado con sus patrones de discurso.

Las *personas sordas o con dificultades auditivas* pueden comunicarse de diferentes maneras, dependiendo de su nivel de sordera, y se les debe dar la opción de elegir su método preferido preguntándoles como les gustaría hacerlo: si prefieren leer los labios, si prefieren intérprete...

Generalmente el uso de intérprete es el único método de comunicación efectivo con alguien cuya lengua materna es el lenguaje de signos. Por ello, el examinador debe estar preparado para emplear más tiempo durante la entrevista, ya que el intercambio de información es habitualmente más lento. Se debe buscar un lugar adecuado, alejado del ruido y de las distracciones, asegurándose de tener la atención de la persona antes de comenzar a hablar y manteniendo el contacto visual directo con ella. En caso de que sea necesario un intermediario, se debe hablar siempre a la víctima, evitando dirigirse al intérprete con expresiones como «Dígale...».

También puede utilizarse la comunicación escrita si la paciente está alfabetizada y no hay intérpretes disponibles.

Se debe hablar con claridad, vocalizando despacio sin exagerar, con la cara visible y sin poner la mano delante para facilitar la lectura de los labios. Puede elevarse la voz, pero sin gritar, puesto que resulta incómodo para la víctima y da sensación de agresividad. Solo debe hablar una persona a la vez y deben evitarse los ruidos de fondo. Si no entiende lo que se le expone no se deben repetir las mismas expresiones, y se tratará de explicar las cuestiones de una manera diferente, siempre con un lenguaje sencillo, evitando la jerga y la terminología médicas (21) (58).

Las personas con *deficiencias visuales* deben ser orientadas en el entorno. Se les debe permitir utilizar sus otros sentidos, tocando el material de examen a fin de que se familiaricen con el equipo (58). Además, se les debe explicar lo que se va a hacer, lo que se ve, lo que se siente..., siempre hablando con ellas directamente y no a través de un tercero.

Es de interés saber que nunca se debe tocar a una persona invidente o hacer ruidos repentinos antes de informarle.

Por último, se permitirá la presencia de perros-guía en la instalación (21).

- En el caso de mujeres que padecen *enfermedades psiquiátricas severas* la prevalencia de las violencias sexuales en el transcurso de su vida es particularmente elevada, alcanzando entre un 50 y un 97% de las pacientes según la literatura (134).

Estas víctimas pueden presentar cualquier patología que altere su juicio de la realidad o que determine una marcada influenciabilidad o incapacidad para comprender el alcance de las relaciones sexuales.

En ocasiones son reacias a declarar el hecho por el miedo a no ser creídas, a las consecuencias y complicaciones inherentes a la denuncia, a perder su independencia... Además, pueden tener un conocimiento limitado sobre cuestiones de salud reproductiva y no ser capaces de describir lo que les sucedió. En estos casos el reconocimiento puede llevar más tiempo, debiendo evitarse las prisas, ya que pueden no solo incidir negativamente en el estado emocional de la víctima, sino también provocar una pérdida de información y de pruebas (1).

Estas personas pueden distraerse fácilmente, por lo que será conveniente realizar el examen en un área con luz tenue y ausencia de ruidos; en el trato con ellas se debe hablar con voz clara y tranquila, haciendo preguntas específicas y concretas, explicando claramente los pasos a seguir durante el examen y sus motivos.

Las dificultades para comprender la información que se les transmite, su lenguaje en ocasiones poco fluido, con ritmo lento y vocabulario pobre, sus problemas para incardinar un hecho en un espacio y

tiempo determinados, su deseabilidad social y, en definitiva, su compromiso para manejarse de forma independiente, hacen necesaria la intervención de profesionales altamente cualificados. En esta dirección se creó en el año 2010 la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual (UAVDI), recurso especializado promovido por la Fundación Carmen Pardo-Valcarce en colaboración con la Guardia Civil y su equipo de psicólogos de la Sección de Análisis del Comportamiento delictivo, gracias a la financiación de la Fundación MAPFRE. La UAVDI nació para responder a la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual a ser víctimas de abuso sexual y a ser revictimizadas tras la revelación del mismo, y en la actualidad cuenta con líneas de investigación encaminadas a adaptar las herramientas forenses, los procedimientos policiales y los instrumentos terapéuticos a las personas con discapacidad intelectual (135). También algunas comunidades autónomas han seguido esta línea de actuación creando «Equipos de apoyo a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo», como un servicio dirigido a dar respuesta a su situación de vulnerabilidad a través de una red de profesionales que ejercen como facilitadores, para que cualquier víctima con discapacidad intelectual afronte el proceso en condiciones óptimas de igualdad y de apoyo emocional.

b) Personas mayores

Otro grupo con necesidades especiales es el de los mayores, quienes generalmente presentan dificultades para hablar de violencia sexual.

Los profesionales tienden a ignorar la posibilidad de que estas personas puedan ser víctimas de este tipo de delitos, basándose en prejuicios sociales que aseguran que estos hechos les suceden a mujeres jóvenes y atractivas que se exponen a situaciones de riesgo (5).

Las personas de edad, al igual que otras víctimas de asalto sexual, pueden experimentar humillación, shock, incredulidad y negación; además el miedo, la ira o la depresión pueden ser graves. Y a todo ello se unen sentimientos de temor a perder la independencia si revelan una agresión sexual.

Sin el debido apoyo tienen problemas para su recuperación emocional y física, con un proceso a menudo más largo que en alguien más joven. Además se muestran reacias a perseguir a los autores (71).

En la exploración se debe tener en cuenta que estas personas normalmente procesan la información más lentamente que los adultos más jóvenes y requieren más tiempo para trasladar sus pensamientos a palabras. En ocasiones, las condiciones físicas propias de la edad avanzada pueden hacer que tengan dificultades para dar a conocer sus necesidades (1).

Cuando las víctimas carecen de capacidad para prestar consentimiento y para colaborar no deben ser examinadas o sometidas a procedimientos forenses innecesarios (1).

c) Personas con dificultades idiomáticas

Las víctimas con problemas idiomáticos también necesitan una atención diferente, y con ellas se debe tener paciencia y transigencia hacia sus habilidades lingüísticas y hacia cualquier barrera que pueda empeorar la crisis por el asalto sexual (136).

Se facilitará la comunicación en el idioma de su elección, por lo que en los casos en que el examinador no sea competente para ello deberá estar disponible un traductor (21). El uso de familiares o amigos como intérpretes no es recomendable, a menos que no haya alternativa; las guías de buenas prácticas sostienen que los allegados nunca deben participar como intérpretes en casos de menores, en poblaciones vulnerables o ante sospecha de violencia doméstica (58).

Hay que recordar dirigirse directamente a la víctima cuando sea preciso el empleo de intérprete, y el especial cuidado que se debe prestar a su ubicación en la sala atendiendo a las necesidades de privacidad de la persona a explorar (1).

d) Particularidades culturales y religiosas

Los aspectos culturales y religiosos deben ser tenidos en cuenta por la profunda influencia que pueden ejercer en determinados comportamientos y actitudes de las víctimas/supervivientes, que se presentan como una desconfianza general hacia el personal médico y hacia el sistema de justicia, repercutiendo negativamente en su recuperación.

Algunas mujeres pueden estar preocupadas acerca de la interacción con los profesionales de orígenes étnicos y raciales diferentes a las suyas; pueden mostrarse temerosas o desconfiadas de recibir un trato injusto o comentarios insensibles, y en comunidades pequeñas pueden dudar de la capacidad del sistema para mantener la confidencialidad; también, en población inmigrante en situación irregular pueden mostrarse temerosas de su deportación al entrar en contacto con el sistema.

Además, se debe tener en cuenta que en ciertas culturas la pérdida de la virginidad es una cuestión de suma importancia; en otros casos, condicionantes religiosos o culturales no permiten a una mujer desnudarse en presencia de un hombre que no sea su marido, e incluso puede resultar inapropiado hablar del asalto a personas del sexo opuesto.

Todas estas cuestiones son de gran trascendencia y requieren ser tratadas con exquisita sensibilidad, obligando al profesional a un nivel básico de competencia cultural en relación con estos grupos poblacionales que conviven en sus comunidades (1) (71).

e) Asalto sexual por la pareja

El asalto sexual por la pareja es un grave indicador de riesgo extremo de violencia que aumenta la probabilidad de una agresión mortal. Muy proba-

blemente va precedido de otras formas de abuso físico y psíquico por parte de esa pareja.

Al margen de las consideraciones comunes a los casos de violencia sexual, la detección de que un asalto se produjo en el entorno doméstico obliga a esmerar la seguridad de la víctima para cuando abandone la institución en la que tiene lugar el reconocimiento (71).

f) Hombres víctimas de asalto sexual

En el caso de los hombres víctimas de asalto sexual se observa una gran resistencia a denunciar los hechos, condicionada por múltiples factores culturales y sociales: malestar por su incapacidad para evitar el asalto, culpabilización sobre el suceso e incluso preocupaciones acerca de su identidad sexual en aquellos varones que no se identifican como homosexuales (71).

Su búsqueda de apoyo puede variar de acuerdo con el nivel de estigmatización que sienten, las particularidades del asalto y la sensibilidad de la atención inicial. Bajo estas circunstancias debe hacerse especial énfasis en la confidencialidad (1).

La atención a las víctimas masculinas adultas de violencia sexual debe de ser análoga a la descrita hasta este momento (3):

- Los hombres víctimas de violencia sexual deben ser clasificados en la urgencia de manera similar.
- Los procedimientos para la obtención del consentimiento, recogida de la historia y realización de la exploración física (aunque el examen genito-anal obviamente presenta particularidades) deben ser iguales y la indicación de pruebas de laboratorio también; es decir:
 - Se hará una revisión preliminar de la cabeza a los pies en busca de signos de lesión.
 - Se realizará un examen exhaustivo de la zona genito-anal.
 - Se procederá a la toma de muestras pertinente.
 - El tratamiento será idéntico (tanto de las lesiones, como de las posibles ETS).
- Se les ofrecerá información sobre pruebas de VIH y la opción de profilaxis postexposición, así como atención de las lesiones, tratamientos y asesoramiento de todo tipo.

g) Víctimas gays, lesbianas y transexuales

Las víctimas gays, lesbianas y transexuales frecuentemente son reacias a solicitar asistencia por la preocupación a enfrentarse a prejuicios o al ridículo tras la presentación de la denuncia; en otras ocasiones en que la familia y el entorno no conocen su orientación sexual, los temores a ser

marginado/a pueden ser más traumáticos para la víctima que el propio asalto. Además, estas personas pueden ser reticentes a denunciar el delito o a prestar consentimiento para el examen por temor a ser expuestas a cuestiones inapropiadas (1) (71).

Se debe preguntar siempre a la víctima por su nombre y sobre cómo prefiere ser llamado/a (1).

Es fundamental no mostrar sorpresa o preocupación cuando en el transcurso de la exploración se descubre que una persona es transexual, cuidando el lenguaje corporal propio (suspiros, ojos muy abiertos...) que puede resultar muy molesto para una víctima al percibir que se está haciendo un juicio de valor sobre su cuerpo.

Y se debe tener en cuenta que estas personas pueden sentir vergüenza o incluso disociación hacia su propio físico, que pueden emplear palabras no estándar para denominar partes del cuerpo o resultar incapaces de hablar sobre zonas de su anatomía relacionadas con el sexo (1).

h) Víctimas adolescentes

Las víctimas adolescentes normalmente son llevadas hasta el lugar del examen por sus padres o tutores, quienes habitualmente se encuentran traumatizados ante la victimización de sus hijos, e incluso en ocasiones llegan a culparles del asalto si asumieron conductas de riesgo o desobedecieron sus instrucciones (1).

En estos casos el examinador debe evaluar el desarrollo físico de las víctimas para determinar el método apropiado del examen y de la recolección de pruebas.

Se debe ser especialmente sensible con estas víctimas, explicando con detalle los pasos a seguir en la exploración, sobre todo en aquellos casos en que sea la primera vez que la mujer adolescente se somete a un reconocimiento ginecológico.

También se debe prestar atención a evitar la posible autculpabilización que puede aparecer por haber mantenido determinados comportamientos de riesgo, como por ejemplo un consumo de sustancias legales o ilegales (1).

1.5.3.6. Presencia de acompañantes

La Ley 4/2015, del Estatuto de la víctima del delito, en su artículo 4.c contempla entre sus derechos básicos el de ser acompañada por una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y funcionarios (76).

En relación con el reconocimiento médico ante una agresión sexual, la mayor parte de las guías y protocolos hacen referencia a la posible presencia de un acompañante durante su transcurso, concretando que si la vícti-

ma lo desea, puede estar presente alguien de su confianza (1) (3) (32) (33) (35) (38) (50) (59). Además, el Código de Deontología Médica español, en su artículo 9.3, especifica: «Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o colaborador cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran» (82). Por ello, siempre deberá atenderse la solicitud de que una persona de apoyo esté presente durante el examen, a no ser que esto se considere nocivo por los profesionales intervinientes.

También puede darse la situación inversa, y la demanda debe ser igualmente respetada, como ocurre en los casos de adolescentes que prefieren que sus padres no estén presentes; en estas situaciones se deberá obtener el consentimiento explícito de los tutores para proseguir con el examen con otra persona asistente.

En las situaciones en que la víctima se encuentra sola, se le debe ofrecer la posibilidad de contactar con un familiar o amigo que intervenga como apoyo (58). Si la superviviente no cuenta en el momento del reconocimiento con una persona de su confianza, y sobre todo si el examinador es un varón, debe estar presente una acompañante, preferentemente trabajadora de la salud capacitada, que pueda dar consuelo y apoyo a la víctima, y que al tiempo proteja al médico en el caso de que el/la paciente alegue que durante el reconocimiento se comportó de manera no profesional (3) (108).

En cualquier caso debe informarse sobre la confidencialidad respecto a la presencia de personas de apoyo; y, por supuesto, se procederá a cubrir adecuadamente a la víctima y a ubicar al acompañante en la estancia cerca ella pero fuera de su vista (1), para evitar que pueda influir en el desarrollo de la exploración, recomendándole que permanezca en silencio (59).

Por supuesto, si existe cualquier sospecha de que el asalto sexual ocurrió en el contexto de otras violencias y el presunto agresor se encuentra en el lugar, se evitará evaluar y examinar a la víctima en su presencia (55).

1.5.3.7. Número de profesionales intervinientes

Tratándose de exploraciones que afectan a esferas tan íntimas de la persona, en las que no solo debe existir un celo especial por la confidencialidad, sino que este debe quedar claramente de manifiesto, no resulta recomendable la presencia de un número indiscriminado de intervinientes en las dependencias en las que se lleva a efecto el reconocimiento. Por ello, es obligatorio esforzarse por limitar el número de personas presentes, que debe quedar restringido a los profesionales relacionados con el examen, la persona de apoyo y, en su caso, el intérprete si es necesario.

Respecto al personal, para asegurar la intimidad será el mínimo imprescindible, si bien se recomienda la presencia de más de un profesional, de los cuales debe procurarse que al menos uno sea mujer (35).

Por otra parte, las fuerzas policiales actuantes no deben estar presentes durante la exploración médica, y tampoco resulta apropiado pedir a las víctimas su consentimiento para que permitan a estudiantes de medicina presenciar el examen (1).

1.5.3.8. Sexo del médico examinador

Según la literatura, las víctimas –tanto femeninas como masculinas–, tienen preferencia por las mujeres como examinadoras (23) (60) (137).

Se recomienda satisfacer en la medida de lo posible la solicitud de la persona a explorar, respecto a que el examinador sea de un sexo específico (1); además, se debe observar el lenguaje verbal y corporal de la superviviente, para detectar signos de resistencia o temores que puedan sugerir que un examinador de un sexo concreto sería útil, atendiendo esta situación siempre que sea posible (69).

1.5.3.9. Número de reconocimientos

En algunos Estados de Norteamérica se recomienda entre las buenas prácticas que la declaración inicial sea tomada en un contexto donde policía, médico forense y abogado de la víctima estén presentes, con el fin de que no tenga que repetir el relato de los hechos (23).

Desde una perspectiva médica, el hecho de que en estas agresiones concurren circunstancias que requieren asistencia por médicos ginecólogos, junto a la necesidad pericial de obtener la prueba del delito, lleva a plantear la elaboración de protocolos de actuación conjunta, orientados a reducir los nuevos impactos traumáticos que se producen con la revivencia de los hechos en cada intervención sobre la víctima (63).

Por ello, con el fin de evitar múltiples exámenes y más angustia para la superviviente, y, en definitiva, de causar el menor daño secundario posible, el examen médico y la recopilación de datos y pruebas forenses debe realizarse simultáneamente (3). Así lo interpretan diferentes autores y protocolos en nuestro país, cuando literalmente expresan que es recomendable que la evaluación ginecológica y la médico forense se realicen en un solo acto, con independencia entre las actuaciones sanitarias y las periciales, pero procurando que no se precisen nuevos reconocimientos (12) (31) (32) (33) (34) (38).

Esta integración de los procedimientos médicos y probatorios, dirigida a conseguir una mayor eficiencia y a minimizar el trauma, tiene su aplicación práctica en actuaciones tales como la recopilación al unísono de información común para el cuidado de la salud y para las cuestiones jurídicas (1), la extracción de sangre necesaria para fines clínicos y de prueba al mismo tiempo, y la exploración ginecológica –clínica y médico-legal– conjunta.

Además, debe tenerse en cuenta que en este tipo de reconocimientos especializados el ginecólogo puede ser un gran auxilio para el médico-forense en la toma de muestras del aparato genital (72), de tal modo que la comunicación directa entre ambos facultativos ayudará a unos y a otros, y sobre todo a la víctima (138).

1.5.3.10. Calidad de los actos periciales

Una buena atención a las víctimas también debe cuidar el registro de la información y las características de los informes.

El perito no debe en ningún caso convertirse en investigador, permaneciendo como una persona de ciencia; tampoco en juzgador, función que corresponde a los tribunales (50).

El informe debe ser elaborado tan pronto como sea posible, mientras los detalles se mantienen frescos en la mente del examinador (58). Estará siempre presidido por la objetividad y en él quedarán registrados cronológicamente todos los hallazgos de una manera clara y precisa, siguiendo el método científico. Para asegurar que detalles importantes no se omiten se recomienda el uso de formularios estándar (3).

En su correcta cumplimentación deben seguirse las siguientes indicaciones (6) (21):

- No utilizar abreviaturas indescifrables fuera del ámbito médico.
- Si se incluye información obtenida en la anamnesis, se debe indicar su origen con alguna fórmula, por ejemplo: «la mujer refiere...».
- Describir las lesiones detallada y objetivamente, sean físicas, ginecológicas o de cualquier índole.
- No emitir juicios o apreciaciones subjetivas, a menos que estas consistan en deducciones técnicas basadas en la evidencia y en la experiencia profesional.
- Expresiones que prejuzgan o que no aportan nada relevante desde una perspectiva pericial o científica deben quedar terminantemente proscritas, sirviendo a modo de ejemplo «himen no visible o ausente», o ante una ausencia de lesiones físicas «ninguna evidencia de abuso»
- Sustentar el diagnóstico sin establecer conclusiones ajenas al ámbito médico, pertenecientes a otros ejercicios profesionales: la valoración jurídica de los hallazgos científicos concierne a la autoridad judicial.

Las fotografías no deben ser utilizadas para interpretar hallazgos sutiles o no específicos, y la revisión de imágenes no puede servir nunca para diagnosticar con fiabilidad lesiones no observadas directamente por los examinadores (131).

La actitud en los juicios también es considerada en diferentes guías, que incluyen una serie de recomendaciones (1) (21):

- El papel del perito es asesorar a jueces y tribunales.
- Se debe ser profesional y vestir en consecuencia. Se debe limitar la joyería y otros accesorios que pueden ocasionar distracción.
- Se debe tratar a los profesionales del derecho con respeto, incluso si no se está de acuerdo con sus opiniones o sus estrategias.
- Se debe ser sincero, educado y con autocontrol.
- Se hará contacto visual con quienes realizan el interrogatorio.
- No se debe abandonar el área concreta de especialización.
- Se escucharán atentamente las preguntas, tomando el tiempo necesario para responder.
- Se debe tratar de utilizar un lenguaje sencillo, evitando el uso de palabras técnicas. Cuando su empleo es inevitable es necesario explicar esa terminología.
- En las preguntas compuestas se dividirán las respuestas según corresponda.
- Se debe responder únicamente a lo que se pregunta, solicitando las aclaraciones o reformulaciones necesarias.
- No se debe proporcionar más información de la que se solicita por un deseo equivocado de ser más útil.
- Cuando se pida opinión sobre la etiología de determinados hallazgos periciales, se debe informar sobre la probabilidad de que se hayan producido de un modo u otro, o incluso si la posibilidad es tan improbable que no debe valorarse.
- Las respuestas serán concisas y concretas, evitando expresiones tales como «yo creo» o «yo pienso».
- Si existe algún error u omisión en el testimonio, se debe reconocer cortésmente.
- No se debe tener miedo a decir «no sé».

2. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

La atención a las víctimas de violencia sexual debe prestarse desde su consideración como persona integral, comprendiendo por una parte los aspectos físicos, psíquicos, sexuales, personales y sociales, y por otra los preventivos, asistenciales y de promoción de la salud (59); es esta concepción integral la base desde la que se debe realizar una intervención interdisciplinar orientada a su pronto restablecimiento, fundamentada en que ese trato respetuoso y compasivo durante el examen facilitará su recuperación (3).

Esta atención debe incluir además la obligación social de restituir a la superviviente a través de la identificación del agresor y de su puesta a disposición de la Justicia, para lo que es necesaria la exhaustiva evaluación y la recogida de los posibles indicios biológicos, que siempre deben llevarse a cabo en el marco de una intervención pericial sensible.

En España las necesidades de asesoramiento médico en la Administración de Justicia son atendidas por los Médicos Forenses a través de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (139), creados al amparo del Real Decreto 386/1996 de 1 de marzo por el que se aprobó su Reglamento (140). Las características son enormemente variadas según los territorios: existen Comunidades Autónomas que disponen de Institutos independientes en sus distintas provincias, Comunidades Autónomas con un Instituto de Medicina Legal Regional que cuenta con subdirecciones en cada una de sus provincias, Comunidades Autónomas que por su extensión están dotadas de más de un Instituto Regional, de cada uno de los cuales dependen sus subdirecciones provinciales, Comunidades Autónomas uniprovinciales con su propio Instituto de Medicina Legal Regional, existen Institutos Regionales que cuentan con una subdirección dentro de la propia provincia en la que radica la Dirección, e incluso, 20 años después de la publicación del Real Decreto regulador, una Comunidad Autónoma –Madrid– que todavía carece de Instituto de Medicina Legal, manteniendo la estructura decimonónica de Médicos Forenses adscritos a uno o a varios juzgados comprometiendo la necesaria armonización de la actividad pericial. Además de esto, en nuestro país existen dos Ciudades Autónomas, Ceuta y Melilla, cuyo Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses se ha creado con fecha 22 de abril de 2016, un año después de recabados los datos para este estudio de la situación.

Respecto a los modelos de atención no existen protocolos comunes definidos, ni indicadores relacionados con cuestiones éticas esenciales, ni con las buenas prácticas apropiadas a estos casos, ni datos o estudios que avalen la calidad de las pericias desde una perspectiva científica o en atención al modo en cómo se dispensa la asistencia a las víctimas.

Lo más próximo que puede encontrarse a este respecto es el contenido de las páginas 19 a 21 del *Mapping the current situation: Findings from the telephone interviews with stakeholders*, del proyecto COSAI (5), realizado a través de entrevistas a profesionales vinculados a la atención a víctimas de violen-

cia sexual; en ellas se destacó el avance que supuso el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* publicado en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que introdujo la necesidad de realizar de manera conjunta los exámenes ginecológico y forense con el objeto de reducir los impactos psicológicos en las víctimas, y se identificaron desigualdades regionales en cuanto a disponibilidad del servicio, calidad y aplicación de este protocolo nacional. Este documento también hace referencia a la importante limitación que supone la ausencia de evaluaciones basadas en indicadores de calidad, sobre la forma en que se prestan los servicios en nuestro país; en lugar de esto se valoran cuestiones cuantitativas relacionadas con el número de pacientes asistidos, únicamente atendiendo a si el protocolo técnico se siguió o no. También se puso de relieve la falta de formación adecuada de los profesionales, ya que esta no solo debe dirigirse hacia la prevención, el tratamiento y el seguimiento, sino también hacia los términos en que dichas medidas deben ser comunicadas a la mujer y cómo debe actuarse una vez que el asalto se ha producido.

La Revista Española de Medicina Legal dedicó tres artículos del número 3 de su volumen 40 (Julio-Septiembre 2014) a esta cuestión, abordando «La atención interdisciplinaria en la violencia sexual» (49), «Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgencias» (10) y un «Protocolo de actuación médico forense en los delitos contra la libertad sexual» (86). Tan sólo el segundo de ellos investiga aspectos relacionados con la atención centrada en la persona, analizando indicadores de calidad en el Hospital Clínico de Barcelona, centro de referencia para atención a víctimas de agresión sexual en esa capital, como el tiempo de espera hasta la llegada del médico forense una vez solicitada su presencia, el tiempo de espera de la víctima para ser atendida y el tiempo total de la asistencia.

La experiencia en la práctica sobre estos casos es que confidencialidad e intimidad no son debidamente respetadas, con personal ajeno a la evaluación médica y pericial deambulando libremente por la consulta en la que se está realizando el reconocimiento, ausencia de control en el tratamiento que se da a la documentación generada con datos de filiación visibles y sin ningún tipo de custodia, dependencias en las que se presta la atención en las que no existen espacios ante y post-reconocimiento, falta de coordinación, ausencia de credenciales, ausencia de formación, ausencia de controles de calidad...

Conocer con exactitud la realidad en nuestro entorno debe ser el primer paso para comprender la gravedad de un problema que se visualiza no solo en la agresión sino también en el cuidado que se dispensa a las supervivientes, que debe caracterizarse por ser desde el primer momento oportuno y amable, siempre sensible y empático, y en cualquier caso sustentado en el respeto a la dignidad humana (59). Resulta prioritario identificar las carencias y las necesidades más manifiestas, a través de una investigación que permita contrastar los resultados obtenidos con la revisión de diferentes guías y protocolos aceptados por la comunidad científica internacional,

a fin de establecer pautas destinadas a mejorar la asistencia a estas víctimas mediante un trato que permita la recuperación de su salud física y mental y la persecución legal del hecho.

En definitiva, el reconocimiento de los puntos fuertes y de las debilidades de nuestro sistema en una valoración pericial centrada en la persona en casos de violencia sexual, puede permitir la elaboración de guías que mejoren la respuesta y la calidad de la asistencia, prestando especial atención a todas aquellas cuestiones que se relacionan con experiencias negativas de la víctima por traumas indebidos o con la posible pérdida de pruebas.

Los profesionales, obviamente, tenemos el deber de utilizar nuestras habilidades de manera ética, ajustando nuestra actividad a las normas de la comunidad a través de la adhesión a los protocolos y recomendaciones de actuación, que resultan aún más trascendentes cuando se dirigen, como en estos casos, a la asistencia a víctimas de violencia interpersonal.

2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

La atención centrada en la víctima ha de prestarse en instituciones especializadas y por personal cualificado, y debe someterse a un seguimiento y evaluación que permitan la mejora constante de la práctica, la colaboración interinstitucional entre organismos y la integración bajo una estrategia coordinada dirigida a combatir la violencia contra las mujeres (43).

El proyecto Comparing Sexual Assault Intervention (COSAI) –desarrollado en el marco del Programa DAPHNE III de medidas preventivas para combatir la violencia ejercida sobre los niños, adolescentes y mujeres, dentro del programa general Derechos fundamentales y Justicia (2007-2013) de la Unión Europea– tuvo como objetivo mejorar la eficacia, la idoneidad y la humanidad en las intervenciones en caso de agresión sexual a mujeres de 16 años o más en toda Europa. Este proyecto presentó sus conclusiones en Bruselas el 4 de abril de 2013, haciendo visible cómo se presta la atención en diferentes países de nuestro entorno a través de un cuestionario –*Benchmarking & evaluation tool to assess sexual assault services* (18)– en el que se abordan una serie de aspectos orientados a mejorar el trato y la atención a las necesidades de la víctima, a garantizar su intimidad, confidencialidad y autonomía, y a velar por su seguridad.

Ese «estándar de referencia y herramienta de trabajo» es un instrumento de autorreflexión cuyos objetivos son ayudar a los servicios a evaluar la forma en la que trabajan y a fomentar cambios basados en las normas recomendadas que aseguren una atención y apoyo integral, promoviendo experiencias positivas para las mujeres que acceden a servicios de asistencia en casos de agresión sexual (75).

El presente estudio empleó un cuestionario elaborado «ad hoc» para recoger datos sobre la situación actual en España; para su redacción se tomó como base el «*Benchmarking & evaluation tool to assess sexual assault*

services», modificado siguiendo directrices de la Organización Mundial de la Salud, recomendaciones del Departamento de Justicia de los Estados Unidos y experiencias en la práctica habitual de la profesión Médico Forense.

El constructo de este cuestionario se dirigió a identificar que pautas de actuación y herramientas indicadoras de calidad en la atención a supervivientes de violencia sexual existen en la práctica forense y cuáles no, evaluando el nivel de adaptación de la asistencia que se presta en España a los estándares de atención centrada en la víctima que rigen las actuaciones en otros países avanzados.

El cuestionario estaba formado por 78 preguntas cerradas sobre asistencia centrada en la víctima, cada una de ellas con un apartado destinado a los comentarios de los encuestados, y 14 preguntas de respuesta abierta sobre autoevaluación y propuestas de mejora en la atención, agrupadas en diferentes secciones.

Siguiendo el modelo propuesto desde el proyecto COSAI (141), los encuestados debían marcar la casilla apropiada indicando si la cuestión planteada se desarrolla en su Instituto de Medicina Legal o no, existiendo una opción intermedia –en curso/en parte– para los casos en los que la prestación del servicio existe pero con limitaciones (por ejemplo un protocolo que no se utiliza en la práctica), o está en fase de implementación; además se proporcionaron apartados para la inclusión ilimitada de observaciones, en los que se podían aportar más detalles sobre la prestación del servicio –incluidos los puntos fuertes y débiles–, o explicaciones sobre cualquier circunstancia diferente a las opciones que se ofrecían.

Dado que el objetivo fundamental del estudio ha sido conocer las condiciones de la atención a las víctimas de violencia sexual en nuestro país, se recabó la información en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses como unidades territoriales de funcionamiento, en las forensías de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, cuyo Instituto fue creado una vez finalizada la recogida de datos, y en la Clínica Médico Forense de Madrid.

Las encuestas se remitieron a cada unidad territorial para ser cumplimentadas por los responsables de los servicios. Inicialmente se enviaron a todos los Institutos de Medicina Legal uniprovinciales y a las Direcciones de los Institutos de Medicina Legal Regionales; en estos últimos la indicación de que las respuestas afectaban únicamente a la provincia en la que se encuentra la sede central del IMLyCF obligó a derivar los cuestionarios a sus Subdirecciones provinciales.

La ratio de respuesta fue del 100%, lo que permitió captar toda la información posible, obteniendo una aproximación ajustada a la realidad que se pretendía investigar.

La distribución de los cuestionarios se desarrolló entre los meses de octubre de 2014 y marzo de 2015, estableciéndose un sistema de feedback

con los encuestados para aclarar dudas y completar cuestiones que hubieran podido quedar sin respuesta por dificultades en la interpretación de las preguntas.

Al objeto de establecer una referencia que permita valorar el estado de la situación en España, se asumen las directrices del Training Programme on Multisectoral Sexual Assault Interventions for Women del COSAI Project (141), según el cual los resultados de las encuestas deben valorarse por el cumplimiento de las normas de buenas prácticas, tal como están contempladas en la literatura publicada. Las características y prestaciones respondidas con un sí reflejarían puntos fuertes, mientras que las respuestas negativas deben ser percibidas como potenciales deficiencias en la prestación de servicios y consideradas como aspectos a modificar para promover una mejor atención a las víctimas de agresión sexual.

El análisis de datos se realizó en dos fases: una descriptiva, en la que las variables fueron resumidas mediante estudios estadísticos de acuerdo a su naturaleza –variables cuantitativas, con medidas de tendencia central y dispersión, y variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas expresadas como porcentajes– y una fase inferencial con comparación entre centros mediante pruebas de contraste, según la naturaleza del indicador comparado, utilizando un nivel de significación global del 5% ($p < 0,05$). Todos los cálculos se realizaron con el programa PASW 18.0 (SPSS Inc).

2.2. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LAS ENCUESTAS

Se abordan diferentes cuestiones relacionadas con las buenas prácticas, realizando una descripción de los hallazgos, no solo desde la perspectiva estadística sino también con la revisión de las principales aportaciones realizadas por los responsables de los servicios médico-forenses, cuya transcripción literal se encuentra en el Anexo I. Los resultados se han interpretado para el posterior establecimiento de aplicaciones prácticas, dirigidas hacia la confluencia de los métodos de trabajo en nuestro país con las recomendaciones y guías internacionales de atención centrada en la persona.

2.2.1. Características de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses

De las 53 unidades territoriales de funcionamiento encuestadas, 30 (56,6%) forman parte de Institutos de Medicina Legal que incluyen varias provincias; de ellas 16 (53,3%) tienen pautas de trabajo diferenciadas, con encuestas respondidas desde el Instituto de Medicina Legal Provincial, y el resto (14: 46,7%) funcionan con pautas comunes remitidas desde la Dirección Regional del Instituto.

Se incluye como factor de análisis la pertenencia de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses a Comunidades Autónomas que pueden haber recibido o no las competencias en materia de Justicia desde el Gobierno central; de las 53 instituciones, una mayoría (32: 60,4%) radica en territorios transferidos.

nes implicadas en la elaboración de dichos mecanismos. Las respuestas pueden observarse en la Tabla 2.

Posteriormente los resultados se interrelacionaron con los diferentes modelos de Instituto de Medicina Legal en nuestro país según la población atendida, transferencia de competencias en materia de Justicia, pautas de actuación regionales o uniprovinciales y número de médicos forenses adscritos al servicio, existiendo las diferencias significativas que se exponen en la Tabla 3.

Tabla 2. Protocolos de coordinación entre diferentes organismos

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Protocolos, establecidos por escrito	Sí, por escrito	40 (75,5%)
	Sí, no escrito	3 (5,7%)
	En parte, por escrito	0
	En parte, no escrito	4 (7,5%)
	No	5 (9,4%)
	NS/NC	1 (1,9%)
Dichos protocolos, prácticas e informes se han acordado por todas las instituciones y organismos encargados de ofrecer servicios en casos de agresión sexual	Sí	31 (58,5%)
	En parte, en curso	10 (18,9%)
	No	11 (20,8%)
	NS/NC	1 (1,9%)

Tabla 3. Protocolos de coordinación por territorios según IMLyCF

		EN PARTE, NO ESCRITO	NO	SÍ, NO ESCRITO	SÍ POR ESCRITO	
Por población	< 200.000 hb	Recuento	2	3	0	3
		% del N	25,0%	37,5%	,0%	37,5%
	200.000 hb 500.000 hb	Recuento	0	0	1	12
		% del N	,0%	,0%	7,7%	92,3%
	> 500.000 hb	Recuento	2	2	2	25
		% del N	6,5%	6,5%	6,5%	80,6%
Transferidos	No	Recuento	3	2	2	12
		% del N	15,0%	10,0%	15,0%	60,0%
	Sí	Recuento	1	3	0	28
		% del N	3,1%	9,4%	,0%	87,5%

			EN PARTE, NO ESCRITO	NO	SÍ, NO ESCRITO	SÍ POR ESCRITO
Por pautas de actuación del IMLyCF	Regionales	Recuento	0	0	0	14
		% del N	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Uniprovinciales	Recuento	4	5	3	26
		% del N	10,5%	13,2%	7,9%	68,4%

En nuestro país la coordinación entre las diferentes instituciones implicadas no está plenamente instaurada: tan sólo el 75,5% (N:40) de los Institutos de Medicina Legal revela disponer de protocolos escritos para la correcta organización pluridisciplinar de la atención a las supervivientes de violencia sexual; y profundizando en esta cuestión, estos han sido acordados por todos los intervinientes únicamente en 3 de cada 5 territorios (N:31).

El análisis inferencial de las encuestas permite observar como este déficit en la existencia de protocolos de coordinación escritos afecta en mucha mayor proporción a los territorios de menos de 200.000 habitantes, de los cuales tan sólo el 37,5% cumple este criterio de calidad, frente a aquellos que sirven a áreas mayores –92,3% en poblaciones medianas y 80,6% en áreas que sobrepasan el medio millón de habitantes–, que sí disponen de estos documentos de actuación coordinada. También se advierte que los Institutos radicados en provincias cuyas competencias en materia de Justicia se encuentran transferidas participan en esos protocolos coordinados en mayor proporción que los Institutos que dependen orgánicamente del Gobierno central (87,5% vs. 60%). Para finalizar este estudio detallado, puede destacarse que los Institutos de Medicina Legal con respuestas centralizadas desde la Dirección regional cuentan, en su totalidad, con protocolos escritos de coordinación interinstitucional.

Entre las cuestiones que deben contemplar los protocolos resultan de especial trascendencia la comunicación interinstitucional de datos –fundamental para evitar que la superviviente tenga que relatar los hechos y abordar determinadas cuestiones relacionadas con el asalto en más de una ocasión– y la concreción de los itinerarios a seguir.

Tabla 4. Los protocolos interinstitucionales incluyen

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
a) Recoger y compartir de forma coordinada la documentación generada, con tratamiento confidencial de la información	Sí	27 (50,9%)
	No	20 (37,7%)
	En parte / En curso	5 (9,4%)
	NS/NC	1 (1,9%)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
b) Indicar los pasos a seguir por la usuaria y las derivaciones a los diferentes servicios	Sí	32 (60,9%)
	No	10 (18,9%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)
	NS/NC	4 (7,5%)

En materia de violencia sexual la confidencialidad sobre la información obtenida de la anamnesis y de la exploración debe ser entendida desde la doble perspectiva de la obligación del profesional hacia la paciente/superviviente y del deber de guardar el secreto de las actuaciones judiciales. Esta doble exigencia queda salvada dentro de la investigación del hecho delictivo cuando la información compartida está estrictamente orientada a su resolución, en base al principio de no-maleficencia para evitar que la superviviente se vea en la obligación de repetir los datos ya proporcionados anteriormente a un nuevo interlocutor. Sin embargo, en nuestro país, tan sólo en la mitad de los Institutos de Medicina Legal (N:27) se dispone de protocolos interinstitucionales que faciliten este intercambio de información, que si bien se lleva a efecto con los servicios sanitarios en la mayor parte de los casos en el momento de la asistencia médica conjunta, no está contemplado para el resto de los colectivos profesionales implicados en al menos un 37,7% de los ámbitos territoriales analizados (N:20).

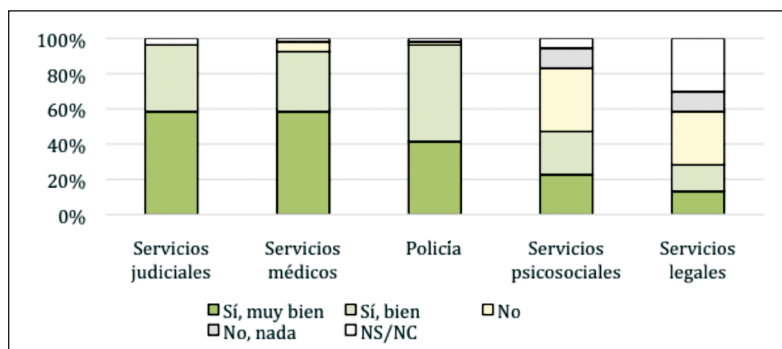
Respecto a la existencia de un «itinerario» interinstitucional que indique los pasos a seguir por la usuaria a través de los distintos servicios, se da una práctica basada en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (38), por la que los médicos forenses se desplazan al centro hospitalario de referencia con el fin de proceder al reconocimiento conjunto de la superviviente. El resultado de los cuestionarios permite comprobar como en tres de cada cinco Institutos (60,9%) se dispone de estos protocolos que definen los itinerarios. Sin embargo, los comentarios adicionales indican que estos itinerarios no van más allá de las actuaciones que se inician con el conocimiento del hecho en el medio sanitario o en la policía, la intervención sobre la víctima de la medicina asistencial y la forense, de los cuerpos policiales, del juzgado de guardia y, finalmente, si procede, de la Unidad de Valoración Forense Integral de Violencia sobre la mujer. En ningún caso se tiene en consideración la necesaria participación de los equipos psicosociales, que deben intervenir desde el primer momento tras conocerse el hecho delictivo acompañando a la víctima durante todo el proceso para proporcionarle apoyo e información. Por otra parte, una vez finalizada la actuación pericial no se realiza ningún tipo de orientación asistencial, social o judicial desde la medicina forense. Destaca del análisis inferencial que todos los Institutos de Medicina Legal regionales con pautas de actuación centralizada disponen de forma efectiva o en parte de protocolos interinstitucionales, con indicaciones de los pasos que debe seguir la usuaria del servicio.

Resulta de gran interés conocer la percepción que desde los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses se tiene de su coordinación con otros servicios implicados en la atención a víctimas de violencia sexual. Para ello se plantearon dos cuestiones.

Respecto a la percepción sobre si el Instituto de Medicina Legal trabaja adecuadamente con otros servicios, se desprende que:

- La medicina legal trabaja satisfactoriamente (sí, muy bien o sí, bien) con los servicios judiciales y con la policía en un 96,2% del territorio nacional, sin que existan diferencias significativas entre Institutos.
- Con los servicios médicos igualmente el trabajo desde los Institutos de Medicina Legal es muy adecuado, con un 92,5% de satisfacción buena o muy buena. Esta percepción es más positiva en los Institutos que atienden a mayores grupos poblacionales, en regiones con competencias en materia de Justicia transferidas y en los IMLyCFs regionales con pautas de actuación común.
- Respecto a los servicios psicosociales la percepción entre los que consideran que el Instituto de Medicina Legal trabaja adecuadamente con ellos («sí, muy bien» o «sí, bien») y los que consideran que esta relación de trabajo no es idónea («no» o «no, nada») es similar: un 47,1%. No se aprecian diferencias significativas entre Institutos.
- En relación con los servicios legales destaca la alta proporción de respuestas NS/NC (30,2%). Del resto se desprende que la percepción sobre si el Instituto de Medicina Legal trabaja de manera adecuada con ellos es negativa, puesto que las opciones «no» o «no, nada» representan un 41,5%, por un 28,3% que describen una relación adecuada. Según las características del territorio donde se presta la atención, esta percepción es mejor en provincias con competencias en materia de Justicia transferidas y en Institutos con un número intermedio de profesionales (de 16 a 30 médicos).

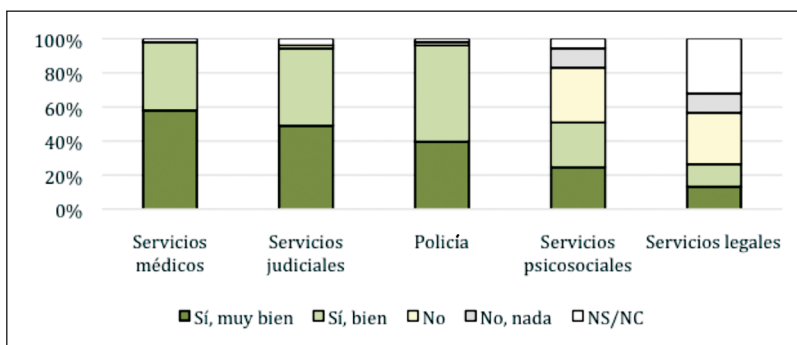
Grafica 2. Percepción de cómo trabajan los IMLyCF con otros servicios



Respuestas prácticamente similares se obtienen para la pregunta inversa, esta es, si se considera que el resto de las instituciones trabaja adecuadamente con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Y así, se observan las siguientes percepciones:

- Los servicios judiciales, los servicios médicos y la policía trabajan adecuadamente («sí, muy bien» o «sí, bien») con los Institutos de Medicina Legal en más del 92% del territorio nacional. Del análisis inferencial se desprende que los servicios médicos de las grandes áreas de población y los de las comunidades transferidas en materia de Justicia son los que mejor trabajan con el área forense; también se percibe una mayor satisfacción en la relación de los servicios médicos con los Institutos que cuentan con pautas de actuación procedentes de una dirección regional.
- Existe una mayor proporción entre quienes opinan que los servicios psicosociales trabajan adecuadamente con los Institutos de Medicina Legal («50,9% sí, muy bien» o «sí, bien») respecto a los que consideran que esta relación de trabajo no es idónea (43,4% «no» o «no, nada»). Para este colectivo no se aprecian diferencias significativas según el tipo de Instituto de Medicina Legal con el que interrelacionan.
- Por último, existe la percepción de que los servicios legales no trabajan satisfactoriamente con el 41,5% de Institutos de Medicina Legal, destacando la alta proporción de respuestas NS/NC (32,1%). El análisis inferencial permite aproximar que los servicios legales trabajan mejor con los Institutos de Medicina Legal de áreas transferidas, y también con aquellos que tienen un número intermedio de profesionales (de 16 a 30).

Grafica 3. Percepción de cómo trabajan otros servicios con los IMLyCF



Los comentarios aportados por los responsables de los servicios permiten una aproximación cualitativa a la actuación profesional diaria, al tiem-

po que sugieren líneas de mejora basadas en la experiencia profesional. De ellos se desprende que:

- Los protocolos existentes son extraordinariamente heterogéneos: en algunas Comunidades Autónomas la coordinación interinstitucional es entre el Gobierno, el Tribunal Superior de Justicia y la Fiscalía Superior; en otros territorios los protocolos son entre Magistrados, Fiscalías, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y Médicos Forenses; los hay que se basan en un acuerdo verbal entre la asesoría jurídica del Hospital «sin nada escrito»... En definitiva, se observa que esta coordinación, donde existe, además de heterogénea no afecta a todos los colectivos profesionales que intervienen ante las agresiones sexuales.
- Si bien de las observaciones realizadas por los responsables de los servicios forenses se desprende que la coordinación con los servicios judiciales, las fuerzas policiales y los servicios sanitarios es normalmente satisfactoria, se aprecian defectos de coordinación que se traducen en un inadecuado funcionamiento del sistema, con la consecuente repercusión en la atención a las víctimas. Así:
 - La ausencia de itinerarios concretos provoca que en algunos casos el centro hospitalario comunique directamente al Médico Forense la presencia de una víctima de agresión sexual, sin poner los hechos en conocimiento del Juzgado y sin que exista una denuncia previa; esto ocasiona desajustes en la remisión de muestras al laboratorio de referencia.
 - Existen casos en los que con carácter previo a la toma de la denuncia, las Fuerzas de Seguridad envían a las víctimas a un centro sanitario al objeto de que se les expida un parte médico con el que sustentarla, lo cual, sin duda, victimiza a la superviviente puesto que le obliga a realizar varios desplazamientos, tras cada uno de los cuales debe relatar nuevamente lo sucedido.
 - También se reportan casos en los que desde el Hospital no se procede a la necesaria comunicación inmediata a las autoridades, lo que motiva un reconocimiento diferido en el tiempo, con imposibilidad de recoger muestras válidas; en ocasiones la causa obedece a que la víctima no advirtió en el primer momento haber sido agredida sexualmente.
 - En otros casos es el Juzgado el órgano que no abre Diligencias hasta no disponer de todos los datos del atestado policial, lo que dificulta y retrasa la tramitación y el envío de las muestras, con el consiguiente riesgo de pérdida o deterioro de la prueba biológica.
 - Otra dificultad añadida en materia de coordinación resulta de la obtención de muestras de la víctima por parte del Médico Forense, mientras las Fuerzas de Seguridad toman las del agresor y las

remiten a sus propios laboratorios; en ocasiones se requiere una nueva toma de la víctima para su remisión a los laboratorios policiales.

- En cuanto a los sucesivos impactos, ya se ha abordado la importancia de evitar que la mujer repita su relato, y así, cuando comience a explicar los hechos en el servicio de Urgencias Sanitarias, debe avisarse al Juzgado de Guardia para la activación del Médico Forense.
- Los desajustes observados tienen su origen en la inexistencia de protocolos o en su heterogeneidad, con ausencia de colectivos profesionales fundamentales para una atención coordinada, como son los trabajadores sociales en la mayoría de los casos, y con inexistencia de itinerarios claros a seguir en otros.
- La formalización de unos protocolos efectivos, consensuados entre todas las instituciones intervinientes –cuerpos policiales, autoridades judiciales y sus asesores médico-forenses, profesionales sanitarios y personal psicosocial de apoyo– permitiría atender de forma coordinada y eficiente a las supervivientes, cuestión sobre la que ya se está trabajando en varias comunidades autónomas.
- Estos protocolos deben ser difundidos entre todos los colectivos profesionales afectados, de tal manera que su intervención ante un caso de violencia sexual se active de manera inmediata y correcta. Además, deben contemplar los siguientes aspectos:
 - Serán convenientemente actualizados, siguiendo criterios científicos y atendiendo a las nuevas formas de violencia.
 - De manera periódica se recordará su existencia y su necesaria aplicación.
 - En las áreas atendidas por varios centros hospitalarios la coordinación debería establecer un único Hospital de referencia, lo que además de facilitar el acceso de las víctimas a la atención permite adaptar los recursos disponibles a la creación de unidades especializadas.
 - Estos protocolos deben incluir un retorno de la información sanitaria hacia la medicina forense en aspectos complementarios para la evaluación pericial, tales como los resultados de las pruebas microbiológicas y serológicas en investigación de ETS.
 - Es importante la coordinación para una recogida de muestras uniforme, de tal modo que tanto las dubitadas y las indubitadas obtenidas de la víctima como las indubitadas obtenidas del presunto agresor se remitan al mismo laboratorio, evitando posibles reiteraciones en la toma de muestras que supongan importunar y revictimizar a la persona.

- Además, estas labores de coordinación podrían acompañarse de la constitución de un Grupo de Trabajo cuyos objetivos serían compartir buenas prácticas entre las Comunidades Autónomas, asesorar en la elaboración de normas sobre intervención en violencia sexual, formular nuevas recomendaciones de atención a víctimas y monitorizar los progresos auditando su cumplimiento.
- Por último, la formación en materia de coordinación es una cuestión esencial para todos los colectivos implicados.

2.2.2.3. Existencia de organismos que actúan como referente

La necesidad de contar con un organismo o comisión que actúe como referente en materia de violencia sobre la mujer está llevando a las administraciones a crear entes suprainstitucionales que desarrollan su actividad bajo la coordinación de uno de sus integrantes.

Estas comisiones, que agrupan a diversas entidades según la localización territorial –p. ej. en una capital sindicatos, grupos políticos y diferentes intervinientes en la atención a víctimas; en una comunidad autónoma uniprovincial asociaciones de vecinos, de prensa, administraciones e intervinientes...–, no atienden de manera específica a la violencia sexual.

A nivel estatal, organismos como el Observatorio de Violencia sobre la Mujer tiene entre sus funciones asesorar a las Administraciones Públicas y demás instituciones implicadas en materia de violencia de género, sin mención específica a la violencia sexual; por su parte la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Interterritorial de Salud apoya y orienta la planificación de medidas en el ámbito sanitario, y si bien de sus grupos de trabajo surgió el Protocolo de actuación común, este tan sólo dedica 6 de sus 120 páginas a la atención –técnica– de las víctimas de violencia sexual.

De todo ello se desprende la inexistencia con carácter general de este organismo, ente o comisión, que debería actuar como referente a nivel regional o estatal, y así se constata en los resultados de las encuestas.

Tabla 5. Existencia de una organización referente

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Existe dicha organización?	Sí	17 (32,1%)
	No	28 (52,8%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)
	NS/NC	1 (1,9%)
¿Esta organización coordina el trabajo de los diferentes organismos e instituciones?	Sí	11 (45,8%)
	No	6 (25%)
	En parte / En curso	3 (12,5%)
	NS/NC	4 (16,6%)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Esta organización supervisa el trabajo de los diferentes organismos e instituciones?	Sí	–
	No	18 (75%)
	En parte / En curso	2 (8,3%)
	NS/NC	4 (16,6%)
¿Organiza reuniones habituales con todas las instituciones?	Sí	7 (29,1%)
	No	10 (41,6%)
	En parte / En curso	3 (12,5%)
	NS/NC	4 (16,6%)

Tabla 6. Existencia de una organización referente

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Transferidos	No	Recuento	1	16	4
		% del N	4,8%	76,2%	19,0%
	Sí	Recuento	6	12	13
		% del N	19,4%	38,7%	41,9%
Por pautas de actuación del IMLyCF	Regionales	Recuento	4	3	7
		% del N	28,6%	21,4%	50,0%
	Uniprovinciales	Recuento	3	25	10
		% del N	7,9%	65,8%	26,3%

En más de la mitad de las provincias (N:28; 52,8%) no existe tal organismo centralizado que coordine, supervise u organice reuniones habituales con las diferentes instituciones que intervienen en la atención a víctimas de violencia sexual. Destacan en el análisis inferencial las diferencias significativas entre los territorios descentralizados –de los cuales el 41,9% cuentan con una organización que lidera la atención a víctimas de violencia sexual–, y las provincias cuyas competencias en materia de Justicia continúan dependiendo del gobierno central –de las que tan sólo un 19% dispone de esta organización referente–. Por otra parte, este organismo existe en la mitad de los territorios cuyos Institutos Regionales actúan con pautas comunes para todas las subdirecciones, frente a un 26,3% de aquellos en los que las directrices del IML son uniprovinciales.

En los casos en que este organismo referente existe de manera efectiva (N:17) o en parte (N:7), se trata de instituciones de lo más diversas: Gobiernos autonómicos de manera directa o a través de una estructura dependiente, un Hospital de referencia, propuestas para que sea la Fiscalía Supe-

rior..., observándose una gran heterogeneidad en los comentarios aportados por los respondedores.

En relación a las funciones que desempeña este organismo referente, destaca que tan sólo hace labores de coordinación en menos de la mitad de los casos (N:11; 45,8%), se encarga de la organización de reuniones entre las diferentes instituciones implicadas aún en menos (N:7; 29,1%) y no supervisa el trabajo en ninguno, por lo que puede considerarse que dicha representatividad, en la mayor parte de los territorios en los que existe, está vacía respecto a lo que deberían ser sus principales cometidos.

2.2.2.4. Reuniones entre los servicios implicados

La convocatoria de reuniones con participación de representantes de los diversos sectores, resulta fundamental para la revisión y actualización de los procedimientos y para asegurar la coordinación entre los servicios (18). Con independencia de cualquier circunstancia que pudiera motivar reuniones extraordinarias se considera que, con carácter general y ordinario, deberían celebrarse al menos cada tres meses (57).

La encuesta planteó como pregunta directa «¿Se mantienen reuniones entre los diferentes organismos e instituciones para tratar y organizar la oferta de servicios a las víctimas?», poniéndose de manifiesto un déficit en esta cuestión, ya que mayoritariamente no se celebran este tipo de reuniones, tan necesarias para la correcta coordinación y para la mejora de aspectos concretos en la atención, organizándose de manera efectiva o en parte, únicamente en un tercio del territorio español (N:18).

Y no sólo esto, sino que las instituciones que participan en estas reuniones, allí donde tienen lugar, son notablemente heterogéneas según su localización, e implican al Instituto de Medicina Legal y centro hospitalario de referencia, o al Servicio de Salud autonómico, Ministerio de Justicia, Fiscalía e Instituto de Medicina Legal, o a Servicios de Salud, Vivienda, Justicia y Policías, o bien a Justicia, Policía, Servicios Sociales, Menores, Familia e Igualdad... en fin, una gran variedad de modelos según se ajusten a una mayor o menor descentralización de los servicios esenciales en la atención a las víctimas de cualquier tipo de violencia.

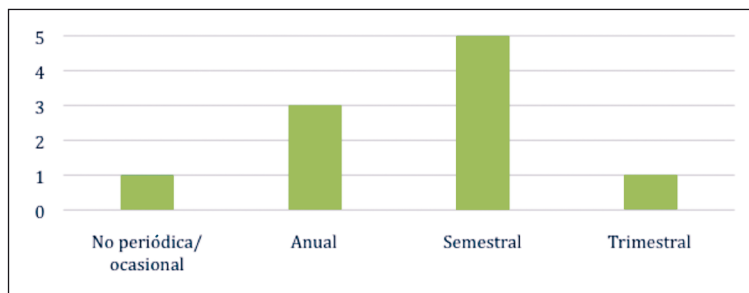
Tabla 7. Reuniones entre los servicios implicados

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Se mantienen reuniones?	Sí	17 (32,1%)
	No	34 (64,2%)
	En parte / En curso	1 (1,9%)
	NS/NC	1 (1,9%)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Se organizan reuniones periódicamente?	Sí	15 (28,3%)
	No	33 (62,3%)
	En parte / En curso	3 (5,7%)
	NS/NC	2 (3,8%)
¿Se realizan reuniones entre equipos de los diferentes organismos para la coordinación multidisciplinar, con tratamiento y revisión de casos?	Sí	7 (13,3%)
	No	40 (75%)
	En parte / En curso	2 (3,7%)
	NS/NC	4 (7,5%)

Profundizando en el contenido de estas reuniones, se planteó la pregunta ¿se realizan reuniones entre equipos de los diferentes organismos para la coordinación multidisciplinar, con tratamiento y revisión de casos? Las respuestas permiten observar cómo tan solo en la mitad de los territorios en las que se convocan se aborda la coordinación con tratamiento y revisión de casos. Por otra parte, de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses que participan en reuniones periódicas (N:15), tan sólo en 1 caso lo hacen ajustándose a la recomendación de que se celebren con carácter trimestral.

Gráfica 4. Periodicidad de las reuniones



2.2.2.5. Pautas éticas y de protección de la víctima

Tal como se expone en el capítulo introductorio, entre las reacciones, sentimientos y temores más comunes tras sufrir una agresión sexual se encuentran los de inseguridad y pérdida de control y la vulnerabilidad (55) (56); la superviviente, en estos casos, únicamente aspira a recuperar ese control y esa seguridad, por lo que se le debe prestar una asistencia inmediata y prioritaria que garantice su bienestar y su protección (52) (100).

De ahí la importancia de realizar el examen en un centro con un cierto nivel de seguridad (21) (23) (50) (59) y de programar un plan de protección antes del abandono de la instalación (23).

Y todo esto debe estar preestablecido a través de unos protocolos que permitan planificar las respuestas de manera rápida, eficiente y ordenada. Sin embargo, en nuestro país este tipo de pautas existe únicamente en el 30,2% (N:16) de los territorios, lo que supone un déficit notable para la coordinación de cualquier medida de seguridad hacia las supervivientes. En el análisis inferencial se observa como la mitad de los Institutos con directrices regionales tienen ese tipo de pautas, frente a la cuarta parte (24,3%) de los uniprovinciales.

Tabla 8. Existencia de pautas éticas y de protección de la víctima (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Existen?	Sí	16 (30,2%)
	No	22 (41,5%)
	En parte / En curso	13 (24,5%)
	NS/NC	2 (3,8%)

Tabla 9. Existencia de pautas éticas y de protección de la víctima (II)

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Por pautas del IMLyCF	Regionales	Recuento	5	2	7
		% del N	35,7 %	14,3%	50,0%
	Uniprovinciales	Recuento	8	20	9
		% del N	21,6%	54,1%	24,3%

2.2.2.6. Estudios para evaluar la frecuencia de casos

Aunque en España la Macroencuesta de Violencia sobre la Mujer publicada en marzo de 2015 recoge los casos de mujeres de más de 16 años que en los últimos doce meses fueron víctimas de Violencia sexual fuera del ámbito de la pareja (9), las fechas de recepción de los cuestionarios –entre los días 14 de octubre de 2014 y 23 de marzo de 2015–, impidieron que la existencia de este estudio fuera conocida por los encuestados.

Por ello, los datos obtenidos difieren de la realidad, y así el 84,9% (N:45) responden de manera negativa a la pregunta, con 2 únicas respuestas positivas que atribuyen estos estudios al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Igualdad.

Tabla 10. Estudios sobre población nacional para evaluar frecuencia de casos

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Se realizan	Sí	2 (3,8%)
	No	45 (84,9%)
	En parte / En curso	4 (7,5%)
	NS/NC	2 (3,8%)

Resulta obvia la necesidad de que cualquier materia sobre la que se pretenda profundizar cuente con estudios que, una vez realizados, sean difundidos entre los profesionales afectados.

2.2.2.7. Existencia de directorios

La existencia de directorios de organizaciones que ofrecen servicios a las supervivientes de violencia sexual permite proporcionar con mayor agilidad esta información en el caso de que sea necesaria. Sin embargo, tan sólo se encuentra disponible en el 37,7% de los Institutos de Medicina Legal, observándose en los comentarios aportados por los responsables de los servicios forenses cómo el cumplimiento de esta buena práctica se desplaza generalmente hacia las Oficinas de Atención a la Víctima, que donde existe no se actualiza de manera frecuente o que no está sistematizado.

Tabla 11. Existencia de directorios de organizaciones que prestan servicios (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Existe un directorio actualizado de organizaciones que facilitan servicios en casos de agresión sexual y otras violencias relacionadas	Sí	20 (37,7%)
	No	27 (50,9%)
	En parte / En curso	5 (9,4%)
	NS/NC	1 (1,9%)

Por ámbitos territoriales se aprecian diferencias significativas entre aquellos Institutos con directrices regionales, en los que la existencia de estos directorios (71,4%) prácticamente triplica a su presencia en los uniprovinciales (26,3%).

Tabla 12. Existencia de directorios de organizaciones que prestan servicios (II)

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Por pautas del IMLyCF	Regionales	Recuento	0	4	10
		% del N	,0%	28,6%	71,4%
	Uniprovinciales	Recuento	5	23	10
		% del N	13,2%	60,5%	26,3%

La información que contienen debe ser periódicamente actualizada al objeto de que resulte efectiva, incluyendo la renovación de los servicios, cambios de dirección, posibles modificaciones en sus teléfonos de contacto...

2.2.2.8. Percepción de la respuesta que dan desde otros servicios

El cuestionario incluye un apartado sobre la percepción que se tiene desde los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la respuesta que ofrecen otros servicios. De esta sección se extraen los siguientes resultados:

- Desde los Institutos de Medicina Legal se considera que la respuesta que se da en los servicios judiciales, los servicios médicos y la policía es adecuada («sí, muy bien» o «sí, bien»), sobresaliendo con un 88,7% de satisfacción la atención sanitaria. Esta percepción respecto a los servicios médicos es significativamente mejor en las provincias con poblaciones de más de 500.000 habitantes, en aquellas con competencias en materia de Justicia transferidas, y en los Institutos que actúan por patrones marcados desde una Dirección regional.
- Destaca también la amplia proporción de respuestas NS/NC sobre la actuación de los servicios psicosociales y de los servicios legales, en este último caso de un 43,4%, que orienta hacia el desconocimiento por parte de los Institutos de Medicina Legal de cómo realizan sus funciones y de cuál es su contenido. Para ninguno de estos dos colectivos profesionales las opciones que indicarían una percepción de que la respuesta que ofrecen a las víctimas es adecuada («sí, muy bien» o «sí, bien») resulta mayoritaria, y así, para los servicios psicosociales alcanza un 49,1% y para los servicios legales un 30,1%, no apreciándose diferencias significativas según el tipo de Instituto de Medicina Legal.

Tabla 13. Percepción de la respuesta de otros servicios (I)

	SÍ, MUY BIEN	SÍ, BIEN	NO	NO, NADA	NS/NC
Serv. judiciales	28 (52,8%)	14 (26,4%)	7 (13,2%)	-	4 (7,6%)
Serv. médicos	30 (56,6%)	17 (32,1%)	5 (9,4%)	-	1 (1,9%)
Serv. psicosociales	16 (30,2%)	10 (18,9%)	12 (22,6%)	-	15 (28,3%)
Policía	25 (47,2%)	20 (37,7%)	3 (5,7%)	-	5 (9,4%)
Serv. legales	12 (22,6%)	4 (7,5%)	11 (20,8%)	3 (5,7%)	23 (43,4%)

Tabla 14. Percepción de la respuesta de otros servicios (II)

			1	2	3	5	
Por población	< 200.000 hb	Servicios Médicos	Recuento	2	5	2	0
			% del N	22,2%	55,6%	22,2%	,0%
	200.000 hb 500.000 hb		Recuento	9	1	3	0
			% del N	69,2%	7,7%	23,1%	,0%
	> 500.000 hb		Recuento	19	11	0	1
			% del N	61,3%	35,5%	,0%	3,2%
Transferidos	No	Servicios Médicos	Recuento	7	9	5	0
			% del N	33,3%	42,9%	23,8%	,0%
	Sí		Recuento	23	8	0	1
			% del N	71,9%	25,0%	,0%	3,1%
Por pautas del IMLyCF	Regionales	Servicios Médicos	Recuento	11	0	3	0
			% del N	78,6%	,0%	21,4%	,0%
	Uniprovinciales		Recuento	19	17	2	1
			% del N	48,7%	43,6%	5,1%	2,6%

1. Sí, muy bien 2. Sí, bien 3. No 5. NS/NC

El cuestionario incluye apartados para el aporte de comentarios sobre fortalezas y debilidades del resto de los servicios, recogidos en su literalidad en el Anexo I, de cuya observación también pueden obtenerse criterios de mejora.

Se destacan como puntos fuertes en la atención por parte del resto de los servicios los siguientes:

- Los cuerpos policiales y los servicios sanitarios prestan una asistencia inmediata, coordinada, confidencial y respetuosa, con referencias expresas a la mejora en la sensibilidad de la atención y a la disponibilidad de medios en los centros hospitalarios.
- Un comentario que merece observación especial es el flujo de información establecido entre uno de los Institutos de Medicina Legal y la Consejería de Salud de su territorio, por el que desde aquel se aportan datos que permiten posteriormente a las autoridades sanitarias emitir instrucciones con mejoras, de obligado cumplimiento por los profesionales.
- También se considera por uno de los Institutos, como punto fuerte de la asistencia coordinada, la unificación en la recogida y envío de muestras a un único laboratorio, aspecto este que en sentido contrario ha sido indicado como punto débil por otros Institutos, que exponen la necesidad de coordinar un mismo destino para las evidencias

recogidas en el lugar de los hechos por parte de la policía científica junto a las muestras recogidas de la víctima.

Entre las debilidades comentadas, se consideran de principal importancia:

- Uno de los mayores problemas de nuestro actual sistema es la dilación del procedimiento judicial en el tiempo, con una lentitud que prolonga la victimización de las supervivientes y que tiene su origen en una deshumanización que considera estos tipos delictivos como un expediente más. Los resultados analíticos se demoran –con pruebas genéticas que se resuelven en no menos de tres meses y toxicológicas ante sospecha de sumisión química que se reciben pasadas semanas–, la toma de declaración en sede judicial se realiza transcurridos varios días, las diligencias procesales se suceden en el tiempo, y finalmente el juicio oral se señala meses o incluso años después del suceso, convirtiéndose para la persona afectada, más que en un acto por el que se pretende impartir Justicia, en un nuevo acontecimiento revictimizador. Resulta tan grave el carácter negativo de esta cuestión que se considera absolutamente prioritaria su mejora inmediata.
- Abundando en lo anterior, también es necesario tener en cuenta que la respuesta que se da desde las estructuras judicial, médico-legal y policial, muy pendiente de la cuestión jurídica, no siempre coincide con las necesidades de la persona, de tal forma que aun existiendo casos en los que la intervención de las fuerzas del orden y de los médicos forenses es técnicamente satisfactoria, finalmente la víctima puede desistir en su denuncia.
- Otro de los puntos débiles identificados es el relacionado con las instalaciones en las que se atiende a las víctimas en los juzgados y en los distintos servicios, las cuales deberían ser mejoradas con el fin de facilitar un entorno cómodo y reservado.
- Por otra parte, el reconocimiento asistencial y forense en un solo acto también tiene posibilidades de mejora, ante la prolongación ocasional de los tiempos de espera supeditados a las necesidades de los servicios de urgencias, que condicionan la disponibilidad de un especialista en ginecología con carácter inmediato.
- Se describe la descoordinación ocasional entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en casos en que la víctima procedente del medio rural, en el que ejerce la Guardia Civil, acude directamente a un centro hospitalario en una localidad competencia del Cuerpo de Policía, existiendo déficits en los flujos de información.
- Y si bien existen comentarios respecto a la fortaleza de la formación de los cuerpos policiales que atienden las denuncias, también se observan referencias a la necesaria especialización de los profesionales, que debería afectar a todos los colectivos intervinientes.

- Por último, otra debilidad manifiesta en la atención integral a las supervivientes es la ausencia de servicios de trabajo social fuera del horario de la administración, lo que impide el acceso permanente a esta prestación ante una necesidad que puede presentarse en cualquiera de las 24 horas del día.

2.2.2.9. Comentarios para la mejora de la coordinación con otros servicios

Para finalizar el apartado de coordinación interinstitucional, el cuestionario concedía espacios para la aportación de comentarios dirigidos a la mejora de esta importante cuestión en materia de atención a víctimas de violencia sexual, cuyo contenido íntegro puede encontrarse en el Anexo II.

Llama la atención la anotación realizada desde un Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses respecto a que existe buena voluntad pero falta una coordinación efectiva, como ya se constató en el apartado correspondiente, en el que destacaba que tan sólo un 75,5% de los Institutos trabaja con protocolos de actuación coordinada, que además implican a instituciones muy heterogéneas; esto permite considerar la necesidad urgente de elaborar un protocolo conjunto y armonizado para todos los profesionales que participan en la atención de las víctimas de violencia sexual.

Este protocolo de coordinación debe ir orientado a la activación de los diferentes colectivos intervinientes desde que se conoce la existencia de una víctima de violencia sexual, con el fin de que a partir de ese primer momento se le brinde una asistencia integral. Y a ellos deben incorporarse, como parte fundamental, los servicios sociales que prestarán asistencia a la víctima durante todo el proceso, con independencia de que se curse o no una denuncia.

Por otra parte, sí se observa una adecuada coordinación inicial entre los servicios médicos y los judiciales –incluyendo en estos a los médico-legales–, que permite que la mujer relate lo sucedido una sola vez, ya que cuando comienza a explicarlo en las urgencias sanitarias se comunica el hecho al Juzgado de Guardia y desde este se activa al Médico Forense.

En cuanto a la coordinación con los Juzgados, esta comunicación telefónica desde los servicios de urgencias debería implicar siempre una apertura de diligencias, situación que ya se da en algunas regiones y que salvaría los desajustes en la tramitación y envío de las muestras a los que se hace referencia en otros apartados.

Podría también protocolizarse una toma de declaración «in situ» durante la exploración primaria verbal, con la Policía junto al médico forense y al ginecólogo de guardia; además de una mayor agilidad se conseguiría reducir el número de impactos sobre la víctima.

Así mismo, es de extremo interés la coordinación con el cuerpo policial interviniente, para que todas las muestras biológicas sean enviadas a un mismo laboratorio y se decida, en función de las necesidades de los servi-

cios asistenciales, dónde deben realizarse los estudios toxicológicos con validez clínica y pericial.

Lamentablemente para la buena práctica, la coordinación entre servicios sanitarios, judiciales, forenses y policiales no se prolonga más allá de los momentos iniciales, en razón del mínimo contacto que existe con los equipos psicosociales y menor aún con los servicios legales y con los de protección de víctimas, de los que existe una práctica desconexión que llega hasta el desconocimiento de los pasos que sigue la víctima tras el reconocimiento médico forense. Esta situación se debe reparar, con el doble objetivo de prestar la mejor asistencia a la persona y de establecer un seguimiento que permita en los casos necesarios una posterior valoración de posibles lesiones psíquicas y sus secuelas.

Además, cada una de las instituciones o servicios debe proveerse de su propia guía interna de actuación, sometida al carácter general de estos protocolos de coordinación conjuntos.

Por último, se sugiere la centralización de las exploraciones en uno o dos hospitales por provincia, lo que supondría una mejora notable de las condiciones técnicas y una mayor especialización de todo el personal interviniente (médico, policial, sanitario, etc.).

2.2.3. La atención sensible

La atención humanizada, empática y compasiva es fundamental en cualquier intervención sobre víctimas de violencia interpersonal, y más en este tipo de delitos que afectan a las esferas más íntimas de quien lo sufre.

En España la práctica totalidad de los IML procura que las evaluaciones periciales se realicen con la debida sensibilidad, tal como queda de manifiesto en las respuestas a la cuestión planteada.

Tabla 15. Sensibilidad en las evaluaciones médico-forenses

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Con la debida sensibilidad	Sí	51 (96,2%)
	No	1 (1,9%)
	En parte / En curso	1 (1,9%)

2.2.3.1. Necesidades de las víctimas

La mejora de la actuación pericial forense debe ir orientada a la correcta atención de las necesidades de las supervivientes, asegurando que sus deseos, su seguridad y su bienestar adquieran prioridad en todos los asuntos y procedimientos.

La cuestión planteada en la encuesta, sobre el grado de conocimiento que se tiene en los Institutos de Medicina Legal de las necesidades de las

mujeres que han sufrido una agresión sexual, ha sido respondida mayoritariamente en sentido afirmativo, concretamente en el 83,1% de los casos, por tan sólo 3 Institutos que se expresan en sentido negativo (5,7%).

Tabla 16. Conocimiento de las necesidades de las supervivientes

GRADO CONOCIMIENTO	N (%)
Sí, muy bien	11 (20,8%)
Sí, Bien	33 (62,3%)
No	3 (5,7%)
NS/NC	6 (11,3%)

Para finalizar este apartado se planteó la cuestión de si se respetan las peticiones de las víctimas, desde la premisa de que es preciso escucharlas siempre, exponiendo a continuación cuáles pueden ser atendidas y cuáles no (58). En nuestro país esta atención se presta en poco más de la mitad de los Institutos (52,8%), en los que se satisfacen las demandas de las supervivientes cuando son razonables y factibles.

Tabla 17. Respeto a las peticiones del usuario/a

ÍTEM	N (%)
Respetando las peticiones del usuario/a	28 (52,8%)

2.2.3.2. La identificación del profesional

La víctima debe conocer el objeto de la pericia y de los pasos y actuaciones que se vayan a seguir; todo ello debe ser explicado de manera clara y comprensible por el responsable de la evaluación.

Por eso es esencial que el médico que actúa en cada momento se identifique (82), ya que de lo contrario, el desconocimiento de los roles de los intervinientes origina dificultades en la relación superviviente-médico, causando victimización secundaria (96).

Para facilitar esta identificación el médico forense debe disponer de una acreditación institucional que permanezca visible durante toda la exploración; en ella constarán los datos que permitan a la víctima dirigirse al profesional como responsable de la pericia, y solicitarle cuanta información considere de su interés.

Los Médicos Forenses deben concienciarse del uso de esta acreditación profesional, si bien según el resultado de la encuesta tan sólo se encuentra habilitada en un 79,2% de los Institutos.

Tabla 18. Se dispone de acreditación como Médico Forense

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Se dispone de acreditación	Sí	42 (79,2%)
	No	6 (11,3%)
	En parte / En curso	5 (9,4%)
	NS/NC	-

En el análisis inferencial no se observan diferencias significativas por territorios.

2.2.3.3. El tiempo de espera

En España la atención a las supervivientes de violencia sexual se presta 24 horas al día durante 7 días a la semana, como corresponde a cualquier actuación de urgencia relacionada con las funciones de guardia.

Por otra parte, las demoras en la prestación de la asistencia son consideradas como experiencias negativas por las víctimas (23) (60), por lo que debe prestarse especial cuidado a este aspecto de la atención.

El estudio publicado en 2014 por el grupo del Hospital Clínico de Barcelona (10) hace referencia a una serie de indicadores de calidad en la atención a víctimas de agresión sexual, basados en el tiempo de espera hasta la llegada del médico forense una vez solicitada su presencia, el tiempo de espera de la víctima para ser atendida y el tiempo total de la asistencia.

En la encuesta en la que se basa la presente investigación se evalúa por una parte la priorización de estos reconocimientos como casos de emergencia y por otra el tiempo medio de demora desde la recepción del aviso del caso hasta la presentación del médico forense en el servicio en el que se atenderá a la superviviente.

Tabla 19. La valoración médico-forense como urgencia

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
El Servicio se presta 24 horas, 7 días a la semana	Sí	53 (100%)
¿Se minimiza el tiempo de espera para la realización del examen forense?	Sí	53 (100%)
Tiempo medio de espera	0 – 30 m	8 (15,1%)
	30 – 60 m	12 (22,6%)
	NS/NC	33 (62,3%)

Así, el 100% de los Institutos de Medicina Legal minimiza el tiempo de espera para la realización del examen y lo considera una prioridad, con una

media hasta la llegada al lugar en el que se realizará la exploración que es en todos los casos menor de una hora, y en un 40% de las respuestas inferior a los 30 minutos.

A este respecto, se hacen observaciones en los cuestionarios sobre la variabilidad de estos plazos en razón de la propia naturaleza del servicio de guardia, que puede implicar actuaciones simultáneas en otras localizaciones. En cualquier caso, la respuesta inicial también está condicionada por el tiempo que la policía invierte en el traslado de la superviviente al lugar del reconocimiento, y por las actuaciones de los servicios sanitarios de ginecología que pueden ser requeridos para la atención de otras urgencias que exijan una intervención inmediata.

Cuestión bien diferente es la necesidad de una evaluación psicológica para valorar el daño consecuente a la agresión sexual; en estos casos la exploración puede demorarse durante un largo periodo de tiempo, que puede alcanzar varios meses.

2.2.3.4. Número de reconocimientos en las instituciones

Cada intervención sobre la víctima le produce una revivencia de los hechos, lo que obliga a reducir, en la medida de lo posible, el número de esos nuevos impactos traumáticos (63). Por ello es tan recomendable que la evaluación asistencial y la médico legal se realicen en un solo acto (38), y que la toma de muestras se haga de manera sincrónica evitando la reiteración de invasiones sobre zonas ya exploradas (48).

A este respecto, la centralización de los servicios en un mismo lugar reduce el número de veces que la víctima debe explicar el asalto, constituyendo un factor que disminuye la victimización (44).

En nuestro país el número medio de veces que una mujer debe contar su experiencia a diferentes profesionales es de 3 (rango de 2 a 4): normalmente ante policía, ante servicios médicos en reconocimiento conjunto ginecológico-forense y ante el Juez; no obstante, existen Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses en los que el relato no se recibe conjuntamente por los servicios médicos asistenciales y por los médico-forenses, de tal manera que se añade un nuevo impacto. Y no debe olvidarse que, en ocasiones, ante abogados, oficinas de atención a la víctima y otras instituciones, la mujer se ve obligada a describir nuevamente los hechos incrementando el trauma, y que si se llega a juicio oral habría que sumar una exposición más, y en este caso sujeta a contradicción por la defensa del imputado.

Por otra parte, un 50,9% (N:27) de los encuestados considera que existe tendencia a la minimización del número de veces que la mujer relata los hechos, destacando del estudio inferencial las diferencias significativas entre provincias que cuentan con Institutos con pautas de actuación regional, en el 50% de las cuales no se incide en esta cuestión, frente a un 13,2% de territorios con Institutos uniprovinciales en los que no se minimiza el número de relatos.

Tabla 20. Minimización del número de relatos a diferentes profesionales (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Se minimiza	Sí	27 (50,9%)
	No	12 (22,6%)
	En parte / En curso	13 (24,5%)
	NS/NC	1 (1,9%)

Número medio de veces: 3 (rango de 2 a 4).

Tabla 21. Minimización del número de relatos a diferentes profesionales (II)

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Por pautas de actuación del IMLyCF	Regionales	Recuento	0	7	7
		% del N	,0%	50,0%	50,0%
	Uniprovinciales	Recuento	13	5	20
		% del N	34,2%	13,2%	52,6%

En los comentarios se sugiere que con el fin de rebajar la intensidad emocional de los relatos, se intente que las explicaciones que tiene que proporcionar la víctima, salvo en su declaración ante el Juez, no sean excesivamente detalladas.

2.2.3.5. Número de reconocimientos en los IMLs

Tal como se exponía en el apartado anterior, cada intervención sobre la víctima le lleva a una revivencia de los hechos y supone un nuevo impacto psíquico que potencia su victimización y dificulta su recuperación.

En España, el 75,4% (N:40) de los Institutos de Medicina Legal ponen medios para disminuir el número de veces que la mujer debe explicar los detalles de su experiencia dentro del servicio, quedando reducido al mínimo posible de «una vez» en 24 de los 28 Institutos que respondieron a esta cuestión directa.

Tabla 22. Minimización del número de relatos en los IMLs (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Se minimiza	Sí	40 (75,4%)
	No	6 (11,3%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)
	NS/NC	-

Número medio de veces: 2 (rango de 1 a 3).

En el análisis inferencial no se observan diferencias significativas por áreas de población, número de profesionales adscritos, ni dependencia orgánica Ministerio/Gobierno autónomo; sin embargo sí se aprecia una mejor atención, aunque parcial, en Institutos con pautas de actuación uniprovinciales.

Tabla 23. Minimización del número de relatos en los IMLs (II)

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Por pautas de actuación del IMLyCF	Regionales	Recuento	0	3	11
		% del N	,0%	21,4%	78,5%
	Uniprovinciales	Recuento	7	3	29
		% del N	17,9%	7,6%	74,2%

De los comentarios aportados por los responsables de los servicios se desprende que, generalmente, el relato se obtiene una sola vez y de manera simultánea con el especialista en ginecología, en el medio hospitalario. Cualquier valoración de otros aspectos se intenta que recaiga en el primer médico forense interviniente, a fin de que no sea necesario que la superviviente explique nuevamente los hechos.

No obstante, se dan situaciones en las que la autoridad judicial reclama, en base al artículo 459 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que la evaluación pericial se realice por dos peritos; en estos casos la víctima se verá obligada a relatar nuevamente el suceso ante un segundo médico forense, quien al no encontrarse de guardia en el momento de los hechos no participó en el reconocimiento inicial.

Cuestión aparte resulta de la posible necesidad de que la víctima sea evaluada por la Unidad de Valoración Integral adscrita al Instituto; en estos casos debe sumarse un nuevo relato al realizado previamente ante el médico forense.

Y diferente situación se plantea en menores de edad ante una prueba pericial sobre credibilidad del testimonio, en la que la exploración debe desarrollarse de tal modo que solo se precise una única manifestación sobre los hechos.

2.2.3.6. Sexo del examinador

El sexo del examinador diferente del solicitado por la víctima ha sido identificado como un déficit en los exámenes forenses y, en sentido contrario, entre las buenas prácticas que hacen el reconocimiento menos traumático se encuentra el hecho de que el examinador sea mujer, debido a que las víctimas –tanto femeninas como masculinas– tienen esta preferencia (23) (60) (137). Sin embargo, la aportación realizada por los profesionales

de Dinamarca en el Mapping the current situation del COSAI Project (5) destaca que investigaciones recientes indican que en tanto sean respetuosos los médicos de sexo masculino, las mujeres no tienen inconveniente en ser reconocidas por ellos.

En nuestro país tal coyuntura no existe: en ningún caso se facilita que el examinador forense sea del mismo sexo que la víctima, ya que por tratarse de una actuación propia del servicio de guardia recae sobre el profesional encargado por turno rotatorio, con independencia de cuál sea su sexo y de la coincidencia o no con el de la víctima. No obstante, en un Instituto de Medicina Legal Regional uniprovincial se ha habilitado un sistema por el cual, en el caso de que sea preciso un segundo reconocimiento, la nueva exploración se lleva a cabo por un/a médico forense del sexo solicitado.

Tabla 24. Sexo del profesional examinador

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Se facilita un examinador forense del mismo sexo que la víctima	Sí	–
	No	50 (94,3%)
	En parte / En curso	3 (5,7%)

2.2.3.7. Personas presentes durante la exploración

Continuando con la valoración pormenorizada de diferentes pautas de buenas prácticas, se plantean dos nuevas cuestiones relacionadas con la intimidad y con el bienestar de la superviviente durante el reconocimiento.

Tabla 25. Personas presentes durante la exploración

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Se permite a la usuaria ser acompañada por una persona de su elección?	Sí	36 (67,9%)
	No	8 (15,1%)
	En parte / En curso	8 (15,1%)
	NS/NC	1 (1,9%)
Número aproximado de profesionales presentes en el momento de la exploración	2	3 (5,7%)
	3	34 (64,2%)
	4	16 (30,2%)

La presencia de un/a acompañante es recomendada por la mayor parte de guías y protocolos de buenas prácticas, que hacen referencia a la conveniencia de que una persona de confianza de la víctima pueda estar presente durante la exploración; a esto se añade la advertencia del Código de Deontología Médica, que concreta que los pacientes tienen derecho a la

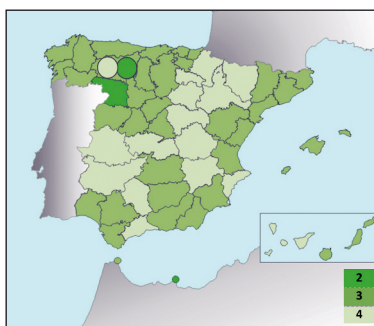
presencia de un acompañante cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requiera (82). Por ello, esta cuestión debe considerarse como preferente en una buena práctica de atención a supervivientes de violencia sexual. En España, los resultados de la presente investigación muestran cómo en el 15,1% de los Institutos de Medicina Legal no se permite la presencia de personas de apoyo en estos reconocimientos.

Por otra parte, en estas exploraciones que afectan a esferas tan íntimas no resulta apropiada la presencia indiscriminada de profesionales en la sala de reconocimiento, y por ello debe limitarse su número a aquellos directamente relacionados con el examen; además, junto a la superviviente podrá estar presente la persona de apoyo elegida y, en caso necesario, y en un lugar que permita preservar la intimidad de la explorada, el intérprete. La situación más común en nuestro país (64,2%), como respuesta a la correcta aplicación del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (38), es la presencia de tres profesionales: Médico especialista en Ginecología, Médico Forense y Profesional de la Enfermería, aunque en algunos centros hospitalarios el ginecólogo se suele acompañar del Médico Residente en formación.

Tabla 26. Número de profesionales intervinientes

			2	3	4
Transferidos	No	Recuento	3	10	8
	Sí	Recuento	0	24	8

Gráfica 5. Número de profesionales intervinientes



2.2.3.8. Asistencia a grupos especiales

Las guías de buenas prácticas contemplan la existencia de grupos de víctimas particularmente vulnerables en razón de su origen étnico, idioma, edad, ubicación geográfica, discapacidad, diversidad afectivo-sexual... a las

que es necesario garantizar una atención, intervención y protección sensibles con sus necesidades especiales (43).

En nuestro país esta atención específica está únicamente definida en el 67,9% de los Institutos de Medicina Legal, debido a que el trato a la víctima, como comenta uno de los encuestados, está generalmente estandarizado.

Tabla 27. Atención específica a grupos vulnerables de población (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Existe una sensibilización dentro del servicio con las necesidades de los diferentes grupos de población	Sí	32 (60,3%)
	No	14 (26,4%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)
Existen medidas especiales para los diferentes grupos de población (por ejemplo: servicios de traducción)	Sí	36 (67,9%)
	No	10 (18,9%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)

El análisis inferencial permite observar diferencias significativas en la asistencia a estos grupos en los Institutos con pautas regionales, en la totalidad de los cuales existen medidas especiales para la atención a minorías, frente a su implementación en un 56,4% de los Institutos con pautas uniprovinciales.

Tabla 28. Atención específica a grupos vulnerables de población (II)

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Por pautas de actuación del IMLyCF	Regionales	Recuento	0	0	14
		% del N	,0%	,0%	100,0%
	Uniprovinciales	Recuento	7	10	22
		% del N	17,9%	25,6%	56,4%

Entre estos grupos debe prestarse atención a las minorías étnicas que requieren servicios de traducción, disponibles en el 67,9% de los Institutos del territorio nacional. A este respecto, debe reseñarse además que la necesidad de este servicio en días festivos o en madrugadas puede resultar comprometida, al no estar garantizado el recurso las 24 horas del día, lo que en base a la creciente globalización hace precisa la urgente formalización de conciertos desde la Administración de Justicia, para que estos servicios auxiliares puedan establecerse ininterrumpidamente.

En casos de supervivientes con problemas de salud mental, y de considerarse indicado, se puede solicitar el auxilio de un psiquiatra o de las unidades de atención a víctimas con discapacidad, que progresivamente se van creando a estos efectos.

Otro de los grupos vulnerables, como es el de los menores, permite considerar la intervención de psicólogos forenses, recurso también comprometido en aquellos Institutos, la mayoría, en los que este colectivo no se encuentra disponible más allá de un horario laboral ordinario.

2.2.3.9. Gratuidad del servicio en España

En nuestro país las evaluaciones periciales médico forenses se prestan como un servicio público gratuito, con independencia del lugar –Comunidad Autónoma, localidad...–, tamaño del IMLyCF o modelo estructural, siendo la respuesta por parte de los encuestados unánime (N:53).

2.2.4. La formación

Es bien sabido que una limitada formación en cualquier materia conlleva un déficit en su aplicación práctica, y así sucede también en lo referente a los reconocimientos de las víctimas de violencia sexual.

El *Mapping the current situation* del proyecto COSAI destacaba en 2012 la falta de formación adecuada de los profesionales en nuestro país, ya que la disponible se dirige por una parte hacia la prevención, el tratamiento y el seguimiento en el ámbito sociosanitario y, por otra, muy escasa, hacia las cuestiones técnicas relacionadas con la prueba pericial, sin considerar lo esencial de una atención sensible a la superviviente una vez que el asalto se ha producido (5).

2.2.4.1. Formación sobre organismos y coordinación

La formación sobre qué organismos intervienen en la atención a las víctimas de violencia sexual y cuáles son sus funciones resulta fundamental para el conocimiento de los recursos disponibles y para la correcta coordinación de todos los profesionales.

Sin embargo, en nuestro país es prácticamente inexistente (N:6; 11,3%), y en las escasas excepciones en las que sí se da tiene carácter anual en 4 provincias y en las 2 restantes es ocasional, lo que repercute de manera negativa en la elaboración de cualquier plan de coordinación entre servicios. Este déficit formativo no tiene diferencias significativas por territorios.

Tabla 29. Programas de formación sobre coordinación entre los servicios

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Se organizan?	Sí*	6 (11,3%)
	No	42 (79,2%)
	En parte / En curso	4 (7,5%)
	NS/NC	1 (1,9%)

* Periodicidad: Anual (4), ocasional (2).

2.2.4.2. La formación en pautas éticas y de seguridad

Si la realidad presente no es satisfactoria, las perspectivas de mejora a corto plazo son escasas, ya que no se recibe formación sobre esta materia nada menos que en un 60,4% (N:32) de los Institutos, con lo que la futura carencia de conocimientos sobre esta cuestión podría hacer que este déficit se prolongue de manera indefinida en el tiempo.

Tabla 30. Formación sobre pautas éticas y de protección de la víctima (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Se imparte alguna formación sobre estas pautas éticas y/o de protección de la víctima?	Sí	10 (18,9%)
	No	32 (60,4%)
	En parte / En curso	5 (9,4%)
	NS/NC	6 (11,3%)

Tabla 31. Formación sobre pautas éticas y de protección de la víctima (II)

		EN PARTE, EN CURSO	NO	sí
¿Se imparte formación sobre estos aspectos?				
Por pautas de actuación del IMLyCF	Regionales	Recuento	0	7
		% del N	,0 %	50,0%
	Uniprovinciales	Recuento	5	25
		% del N	15,2%	75,8%

Entre Institutos no se observan diferencias significativas según el tamaño de la población atendida o su dependencia orgánica, mientras que siguiendo el origen de sus directrices, en aquellos con pautas regionales comunes esta formación se procura en el 50%, por el 24,3% de los Institutos con normas uniprovinciales en los que se imparte de forma efectiva o parcial.

Esta situación hace necesaria una actuación urgente por parte de los organismos responsables, dirigida a la inmediata adopción de medidas de coordinación que garanticen de manera firme y homogénea la seguridad de las víctimas en todo el territorio nacional, estableciendo al mismo tiempo programas de formación en esta materia para todos los profesionales implicados.

2.2.4.3. La formación técnica específica

El presente estudio ratifica las apreciaciones del proyecto COSAI: en España únicamente el 64,2 % de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses considera que sus profesionales tienen formación específica para

actuaciones en casos de agresión sexual, incluyendo la adquirida en la oposición de acceso al Cuerpo Nacional y la que en forma de cursos de escasa duración proporcionan el Centro de Estudios Jurídicos y sus equivalentes en las comunidades autónomas transferidas.

En cuanto a la periodicidad con la que se actualizan los conocimientos, las cifras son suficientemente significativas y no precisan ninguna aclaración: es anual para 2 Institutos, bienal en 4 y ocasional en 6, lo que pone de manifiesto una escasez tal que resulta rayana con la inexistencia.

Tabla 32. Formación del examinador forense

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Los reconocimientos son realizados por un médico forense	Sí	52 (98,1%)
	No	-
	En parte / En curso	-
	NS/NC	1 (1,9%)
El médico forense tiene una formación específica para intervenciones en casos de agresión sexual	Sí	26 (49,1%)
	No	19 (35,8%)
	En parte / En curso	8 (15,1%)
Esta formación se repite periódicamente	Anual	2 (7,7%)
	Bienal	4 (15,4%)
	Ocasional/no periódico	6 (23,1%)
	NS/NC	14 (53,8%)

2.2.4.4. Formación sobre cómo tratar de manera sensible a las víctimas

El reconocimiento poco sensible en un contexto de limitada formación y experiencia de los examinadores forenses ha sido identificado como un déficit en las evaluaciones periciales (23) (60) y, en sentido contrario, el que la atención sea sensible y profesional ha sido definido como una buena práctica que hace las exploraciones menos traumáticas (61).

Comprender el trauma de las supervivientes a una agresión sexual debe formar parte intrínseca de su atención (52), y la adecuada formación contribuye a la sensibilización ante el impacto emocional que sufren las víctimas (44).

En nuestro país se observa un marcado déficit en la formación sobre estas cuestiones; así, en las dos terceras partes de los territorios (N:33; 62,3%) no se imparte ningún tipo de docencia sobre cómo tratar con sensibilidad a las usuarias del servicio, y en tan sólo un 5,7% (N:3) de los Institutos de Medicina Legal se recibe entrenamiento con una periodicidad anual.

Tabla 33. Formación sobre cómo tratar con sensibilidad a las víctimas (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
¿Se organizan?	Sí*	17 (32,1%)
	No	33 (62,3%)
	En parte / En curso	3 (5,7%)
	NS/NC	–

* Periodicidad: ocasional (9), bienal (4), anual (3), NS/NC (1).

La formación en esta materia, pilar básico en la atención a las supervivientes de violencia sexual, es más frecuente en las regiones con competencias en Justicia transferidas (43,8%) que en aquellas aún centralizadas (14,3%).

Tabla 34. Formación sobre cómo tratar con sensibilidad a las víctimas (I)

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Transferidos	No	Recuento	3	15	3
		% del N	14,3%	71,4%	14,3%
	Sí	Recuento	0	18	14
		% del N	,0%	56,3%	43,8%

De los comentarios aportados por los responsables de los servicios se desprende que el tipo de instituciones que participan en esta formación es una vez más heterogéneo, y así, en las provincias dependientes de un Instituto de Medicina Legal Regional concreto, con directrices comunes para todas sus Subdirecciones, los participantes son los Departamentos de Interior, Justicia y Salud del Gobierno autónomo, Ayuntamientos y Consejos Comarcales; en otros Institutos uniprovinciales la formación interinstitucional afecta únicamente a médicos forenses y asistenciales; y aun describen los encuestados otro modelo más, en el que participan la Dirección General de Violencia de Género, el Servicio de Atención a las Víctimas y los psicólogos y trabajadores sociales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Se propone la mejora de la sensibilidad en la asistencia por sus consecuencias positivas ante la victimización secundaria, tan frecuente en este tipo de delitos. Para ello es necesario establecer criterios de formación en cuanto al trato con los/las supervivientes, con una identificación previa de las carencias y necesidades más manifiestas, programando actuaciones orientadas a mejorar aspectos concretos del reconocimiento: el contacto inicial, cómo ganar la confianza de la víctima, la escucha, la toma de muestras eficaz y sensible...

En cualquier caso, la formación en esta materia no debe quedar restringida a los médicos asistenciales o forenses; también resulta recomendable que los estudiantes del pregrado de medicina y de otras profesiones sanitarias implicadas en la atención a las supervivientes adquieran conocimientos y habilidades para un trato sensible, extendiéndose también a otros colectivos profesionales como Fuerzas de Seguridad de poblaciones pequeñas y a servicios sociales.

2.2.5. Protocolos de actuación profesional

La existencia de protocolos internos de actuación profesional forense viene obligada por la mejora que conllevan en la calidad de la respuesta y en la reducción del tiempo necesario para organizar la prestación del servicio (68).

Los protocolos deben contener aspectos esenciales para la adecuada atención técnica centrada en la persona, incluyendo pautas organizadas y estructuradas para la obtención del consentimiento, la recogida de datos de la agresión, la exploración física y psicopatológica, la toma de muestras y la elaboración de consideraciones y conclusiones.

Tabla 35. Protocolos de actuación profesional en los exámenes forenses (I)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Existen por escrito	Sí	42 (79,2%)
	No	3 (5,7%)
	En parte / En curso	8 (15,1%)
Incluyen directrices nacionales para los exámenes forenses en casos de agresión sexual	Sí	44 (83,0%)
	No	7 (13,2%)
	En parte / En curso	1 (1,9%)
	NS/NC	1 (1,9%)
Incluyen la coordinación con otras instituciones y especialistas	Sí	41 (77,4%)
	No	3 (5,7%)
	En parte / En curso	4 (7,5%)
	NS/NC	5 (9,4%)
Se emplea un directorio de servicios y organismos para derivación a otros departamentos	Sí	20 (37,7%)
	No	28 (52,8%)
	En parte / En curso	4 (7,5%)
	NS/NC	1 (1,9%)
Determinan los pasos a seguir en el reconocimiento y toma de muestras	Sí	30 (56,6%)
	No	17 (32,1%)
	En parte / En curso	6 (11,5%)

Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Para la evaluación y la recogida de pruebas se utiliza un formulario estandarizado	Sí	39 (73,6%)
	No	2 (3,8%)
	En parte / En curso	11 (20,8%)
	NS/NC	1 (1,9%)
Incluyen sistemas para procurar la obtención del consentimiento de la víctima para el examen forense	Sí	33 (62,3%)
	No	9 (17%)
	En parte / En curso	11 (20,8%)
¿Se detallan de forma pormenorizada las diferentes fases del reconocimiento a fin de informar debidamente a la víctima y obtener su consentimiento?	Sí	37 (69,8%)
	No	9 (17%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)
¿Se solicita de la víctima el consentimiento escrito?	Sí	11 (20,7%)
	No	38 (71,7%)
	En parte / En curso	4 (7,5%)
Incluyen pautas para asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos y registrados	Sí	38 (71,7%)
	No	9 (17%)
	En parte / En curso	5 (9,4%)
	NS/NC	1 (1,9%)
La confidencialidad de los informes está garantizada	Sí	44 (83%)
	No	4 (7,5%)
	En parte / En curso	5 (9,4%)
Se comparte información con la policía, servicios a la comunidad, servicios de protección, etc., bajo la autorización de la usuaria del servicio	Sí	28 (52,8%)
	No	19 (35,8%)
	En parte / En curso	5 (9,4%)
	NS/NC	1 (1,9%)
Incluyen «Kit de violación» o «kit de recogida de pruebas en casos de agresión sexual»	Sí	48 (90,6%)
	No	4 (7,5%)
	En parte / En curso	1 (1,9%)
Incluyen información para las víctimas sobre los pasos recomendados para conservar las pruebas forenses	Sí	23 (43,4%)
	No	20 (37,7%)
	En parte / En curso	10 (18,9%)
Incluyen un límite respecto al plazo máximo de recogida de muestras tras una agresión sexual	Sí	8 (15,1%)
	No	38 (71,7%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
La documentación de las actuaciones distingue entre el historial referido exclusivamente a la agresión y otras cuestiones de salud	Sí	43 (81,1%)
	No	7 (13,2%)
	En parte / En curso	3 (5,7%)
¿El reconocimiento médico forense se realiza única y exclusivamente tras la interposición de la denuncia?	Sí	23 (43,4%)
	No	26 (49,1%)
	En parte / En curso	4 (7,5%)

Tabla 36. Protocolos para la actuación en los exámenes forenses (II)

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ	
Por población	< 200.000 hb	Incluyen sistemas para obtención del consentimiento	Recuento	3	0	6
			% del N	33,3%	,0%	66,7%
	200.000 hb 500.000 hb		Recuento	4	5	4
			% del N	30,8%	38,5%	30,8%
	> 500.000 hb		Recuento	4	4	23
			% del N	12,9%	12,9%	74,2%
	< 200.000 hb	Información detallada para obtención del consentimiento	Recuento	5	2	2
			% del N	55,6%	22,2%	22,2%
	200.000 hb 500.000 hb		Recuento	0	5	8
			% del N	,0%	38,5%	61,5%
	> 500.000 hb		Recuento	2	2	27
			% del N	6,5%	6,5%	87,1%
	< 200.000 hb	Incluyen pautas preservar la confidencialidad	Recuento	3	2	4
			% del N	33,3%	22,2%	44,4%
	200.000 hb 500.000 hb		Recuento	0	5	8
			% del N	,0%	38,5%	61,5%
> 500.000 hb	Recuento		2	2	26	
	% del N		6,7%	6,7%	86,7%	

Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ	
Por población	< 200.000 hb	Garantía de confidencialidad de los informes	Recuento	0	3	6
			% del N	,0%	33,3%	66,7%
	200.000 hb 500.000 hb		Recuento	1	0	12
			% del N	7,7%	,0%	92,3%
	> 500.000 hb		Recuento	4	1	26
			% del N	12,9%	3,2%	83,9%
	< 200.000 hb	Incluyen pautas para la coordinación con instituciones	Recuento	2	2	4
			% del N	25,0%	25,0%	50,0%
	200.000 hb 500.000 hb		Recuento	0	0	12
			% del N	,0%	,0%	100,0%
	> 500.000 hb		Recuento	2	1	25
			% del N	7,1%	3,6%	89,3%
	< 200.000 hb	Diferenciación Historia Clínica vs. Historia forense	Recuento	0	1	8
			% del N	,0%	11,1%	88,9%
	200.000 hb 500.000 hb		Recuento	1	5	7
% del N			7,7%	38,5%	53,8%	
> 500.000 hb	Recuento		2	1	28	
	% del N		6,5%	3,2%	90,3%	

			EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ	
Transferidos	No	Incluyen pautas para preservar la confidencialidad	Recuento	2	7	12
			% del N	9,5%	33,3%	57,1%
	Sí		Recuento	3	2	26
			% del N	9,7%	6,5%	83,9%
	No	Se solicita consentimiento escrito	Recuento	3	16	2
			% del N	14,3%	76,2%	9,5%
	Sí		Recuento	1	22	9
			% del N	3,1%	68,8%	28,1%
	No	Información detallada para obtención del consentimiento	Recuento	6	4	11
			% del N	28,6%	19,0%	52,4%
	Sí		Recuento	1	5	26
			% del N	3,1%	15,6%	81,3%
	No	Incluyen pautas para la coordinación con instituciones	Recuento	3	3	13
			% del N	15,8%	15,8%	68,4%
	Sí		Recuento	1	0	28
			% del N	3,4%	,0%	96,6%
No	Incluyen pautas para el reconocimiento y toma de muestras	Recuento	3	11	7	
		% del N	14,3%	52,4%	33,3%	
Sí		Recuento	3	6	23	
		% del N	9,3%	18,8%	71,8%	
Por número de profesionales	<16	Información detallada para obtención del consentimiento	Recuento	7	8	14
			% del N	24,1%	27,6%	48,3%
	16-30		Recuento	0	1	16
			% del N	,0%	5,9%	94,1%
	<30	Recuento	0	0	7	
		% del N	,0%	,0%	100,0%	
	<16	Incluye información a las usuarias sobre conservación de evidencias	Recuento	6	14	9
			% del N	20,7%	48,3%	31,0%
	16-30		Recuento	4	6	7
			% del N	23,5%	35,3%	41,2%
	<30	Recuento	0	0	7	
		% del N	,0%	,0%	100,0%	

				EN PARTE, EN CURSO	NO	SÍ
Por pautas de actuación del IMLyCF	Regionales	Utilización de formulario estandarizado	Recuento	0	0	14
			% del N	,0%	,0%	100,0%
	Uniprovinciales		Recuento	11	2	25
			% del N	28,9%	5,3%	65,8%
	Regionales	Existe un límite protocolizado para la obtención de muestras	Recuento	0	14	0
			% del N	,0%	100,0%	,0%
	Uniprovinciales		Recuento	7	24	8
			% del N	17,9%	61,5%	20,5%
	Regionales	Existencia de directorio para derivación	Recuento	0	3	11
			% del N	,0%	21,4%	78,6%
	Uniprovinciales		Recuento	4	25	9
			% del N	10,5%	65,8%	23,7%

En nuestro país el 79,2% de los Institutos de Medicina Legal dispone de protocolos escritos para la práctica de exámenes en supervivientes de violencia sexual, mientras que en otro 15,1% existen de forma parcial.

A pesar de la alta proporción de Institutos que cumplen este importante requisito, de los comentarios realizados por los encuestados se desprende una gran heterogeneidad en cuanto a formas y contenidos, con Subdirecciones provinciales que emplean su propio protocolo, escrito o tácito, Institutos que hacen referencia a las pautas de cumplimentación de informes de la plataforma Asklepios, y otros que remiten la cuestión a los protocolos de actuación del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses para remisión de muestras. El estudio detallado de las encuestas permite comprobar la existencia de importantes variaciones que corroboran esta heterogeneidad:

- Cualquier protocolo que pretenda mantener unos estándares de calidad debe basarse en directrices de carácter nacional; estas directrices son recogidas en nuestro país en las pautas internas del 83% de los Institutos.
- La coordinación con otras instituciones está contemplada en los protocolos del 77,4% de los IMLs, con diferencia significativa entre aquellos pertenecientes a comunidades descentralizadas, que los contienen en su práctica totalidad (96,6%) frente a un 68,4% de los no transferidos; destaca también su inclusión en todos los Institutos que atienden a poblaciones entre 200.000 y 500.000 habitantes.
- La existencia de directorios que permitan la derivación de las supervivientes a otros servicios ajenos a la práctica médica, asistencial o

forense, resulta fundamental para la implementación de los apoyos sociales, psicológicos y legales que puedan precisar. Si bien desde algunos Institutos se refiere su existencia en medios hospitalarios, las respuestas reflejadas en los cuestionarios ponen de manifiesto la escasa utilización que desde la medicina legal se hace de este tipo de documentos facilitadores de la atención. Así, tan solo se emplean en un 37,7% de los Institutos, siendo su uso más escaso en los que se rigen por pautas uniprovinciales (23,7%).

- Entrando en cuestiones técnicas propias del objeto de la pericia, la redacción de protocolos internos que describan los pasos a seguir por los profesionales de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses debe ir orientada a una práctica rigurosa y metódica, exenta de olvidos o descuidos que puedan comprometer los objetivos científicos de la evaluación. Algunos Institutos disponen de pautas específicas de intervención en casos de agresión sexual incluidas en su Guía general de funcionamiento, otros describen la existencia de esas Guías especificando su obsolescencia al datar de varios años de antigüedad, y los hay que disponen de protocolos conjuntos de actuación con los departamentos de sanidad de sus comunidades autónomas. En definitiva, solo algo más de la mitad de los IMLs (56,6%) tienen establecidas este tipo de pautas protocolizadas de actuación, siendo mayor la proporción de Institutos de territorios transferidos (71,8%) respecto a aquellos dependientes del gobierno central (33,3%).
- El empleo de formularios estandarizados para la evaluación y recogida de pruebas debe ser pauta obligada de actuación para asegurar que detalles importantes no se omiten (3). En nuestro país este documento se utiliza de manera efectiva en el 73,6% de los Institutos de Medicina Legal, destacando que es norma aplicada en todos los Institutos Regionales con respuesta común. A este respecto debe recordarse la recomendación de que todo el material necesario, incluyendo los documentos que vayan a ser manejados, debe estar preparado con carácter previo al comienzo del reconocimiento; por ello, los kits de recogida de muestras dispuestos desde el Centro de Estudios Jurídicos y el Instituto Nacional de Toxicología incluyen, además de todo el instrumental preciso, un formulario de fácil cumplimentación en el que pueden recogerse los principales datos relacionados con la agresión.

En el análisis inferencial se comprobó que aquellos Institutos dotados de un protocolo interno de actuación utilizan formularios estandarizados con una frecuencia significativamente mayor que aquellos que no disponen de pautas comunes de actuación escritas (80,5% vs. 33,3%; $p = 0,024$).

Tabla 37. Institutos dotados con protocolos internos que utilizan formularios estandarizados

	FORMULARIO ESTANDARIZADO PARA EVALUACIÓN Y RECOGIDA DE PRUEBAS			TOTAL	
	EN PARTE/ EN CURSO	NO	SI		
¿Protocolos escritos de actuación/ Existen?	En parte/ En curso	2	1	5	8
		25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	No	1	1	1	3
		33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Si	8	0	33	41
		19,5%	,0%	80,5%	100,0%
Total	11	2	39	52	
	21,2%	3,8%	75,0%	100,0%	

La obtención del consentimiento para la exploración, recogida de muestras y divulgación de la información a través del informe pericial es parte fundamental de la actuación centrada en los derechos, necesidades y dignidad de las supervivientes. Este consentimiento debe ir precedido de una información suficiente en la que se expliquen a la víctima todas las partes del examen, exponiendo de forma detallada cada una de las intervenciones a realizar (3) (23). En nuestro país el 83,1% de los Institutos de Medicina Legal tiene normalizadas, de manera efectiva o en parte, pautas para recabar el consentimiento, con diferencias significativas entre Institutos según su población referenciada; así, se observa un peor cumplimiento de este criterio de calidad en aquellos que atienden a poblaciones de mediano tamaño, en los cuales la ausencia total de pautas sobre esta cuestión alcanza a un 38,5% frente a su inexistencia en un 12,9% de los radicados en poblaciones de mayor tamaño, mientras que por otra parte en todos los IMLs que sirven a provincias de menos de 200.000 habitantes existe algún tipo de directriz.

La información pormenorizada y paso a paso de las diferentes fases de la evaluación se proporciona de manera efectiva en un 70% de los Institutos de Medicina Legal de nuestro país, observándose diferencias significativas entre los que atienden a las grandes poblaciones (87,1%) frente a los que atienden a las menores (22,2%), también entre Institutos transferidos (81,3%) y los no transferidos (52,4%) y entre los que cuentan con más de 16 médicos forenses en su plantilla respecto a los de menor tamaño.

Este consentimiento debe ser recogido por escrito, por lo que se recomienda el empleo sistemático de protocolos en los que quede reflejado si la superviviente accede a la exploración, a la toma de muestras e incluso a la captura de imágenes fotográficas (86). En España tan sólo el 20,7% de

los Institutos incluye en sus protocolos la solicitud de consentimiento escrito, con significativas diferencias entre los que pertenecen a territorios transferidos (28,1%) sobre los no transferidos (9,5%). Esta cuestión, de suma trascendencia, no puede ser dejada al criterio personal del profesional, que en ocasiones se conduce bajo el erróneo argumento de que nos asiste una orden judicial, de tal modo que tras explicar a la superviviente en qué consiste la actuación procede a su reconocimiento de no existir una oposición expresa, tal como se expone en uno de los comentarios recibidos.

El derecho a la intimidad obliga a la debida reserva de los datos obtenidos en cualquier actuación forense, y debe ser vigilado con mayor esmero en estos casos, por cuanto en las valoraciones a víctimas de violencia sexual se obtiene información sensible de carácter muy personal. Sin embargo, siendo imprescindible su resguardo y control, los protocolos de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses en España sólo incluyen pautas dirigidas a preservar esta información en el 71,7% de ellos, con una marcada desviación positiva en los que se encuentran adscritos a comunidades con competencias transferidas –83,9%– frente al 57,1% de los que pertenecen a comunidades no transferidas, y con una mejor proporción en los Institutos que atienden a provincias con mayor población.

La característica que adquiere un informe pericial con su incorporación al expediente judicial, hace que como documento público la información que contiene pierda cualquier posible privacidad; salvo en los procedimientos expresamente declarados secretos, los datos que incluye quedan a disposición en primer lugar del funcionario, luego del Juez encargado del caso, de la Policía que investiga los hechos por mandato del propio Juez, de los abogados de ambas partes, de los fiscales, procuradores y otros peritos contrapuestos y, en definitiva, de cualquier operador jurídico, con lo que la presuuesta confidencialidad queda automáticamente diluida. Por ello, el informe solo incluirá las referencias esenciales para la pericia encomendada, debiendo guardarse reserva sobre otros datos conocidos que no resulten de interés para la causa. Junto a ello, debe prestarse atención a la canalización adecuada de los documentos médico legales al órgano judicial correspondiente. En España el 83% de los Institutos garantiza este deber ético de confidencialidad, destacando las diferencias significativas que indican un más bajo cumplimiento en los que atienden a provincias de menor tamaño.

A los efectos de evitar que la persona explorada se vea obligada a realizar reiterados relatos de los hechos ante las diversas instituciones implicadas, debe existir un correcto flujo de información entre ellas; de esta necesidad deriva el planteamiento, desde una perspectiva bioeticista, de dos cursos de acción extremos: el deber de atender a la confidencialidad y mantener el secreto, frente a la obligación de compartir con las fuerzas investigadoras cualquier información relevante que permita la persecución del infractor, y con ello el resarcimiento, si quiera parcial, de la superviviente. Un curso de acción intermedio es propuesto desde algunos IMLs que con-

sideran necesario incluir en los protocolos de consentimiento las advertencias que afectan a esta restricción de la confidencialidad –relevada hacia otros profesionales también obligados a guardar el secreto de los datos compartidos–, especificando qué información se va a poner en común, cuándo y con quién es preciso compartirla, y cómo se le hace llegar esta información –si de forma directa o a través de las actuaciones judiciales–, siempre buscando el mayor bienestar de la víctima. A este respecto, la Guía de la OMS es clara cuando promueve como parte fundamental de la actuación la obtención del consentimiento para el examen, y para la divulgación de la información a terceros a través del correspondiente informe pericial (3). En España, la información solo se comparte en un 52,8% de los Institutos, sin que existan variaciones significativas entre ellos.

La inclusión de kits para la recogida de muestras en casos de violación está contemplada en el 90,6% de los IMLyCFs, incluyendo a la totalidad de los que atienden a poblaciones de mediano tamaño y a los regionales con pautas comunes de respuesta.

Los protocolos deben contener recomendaciones para que la superviviente conserve, en la medida de lo posible, las pruebas biológicas que pudiera haberle transferido el agresor; sin embargo, esta cuestión solo es contemplada en el 43,4% de los Institutos de Medicina Legal, destacando su existencia en todos los que cuentan con más de treinta profesionales adscritos.

Por otra parte, los plazos para la recogida de muestras generan incertidumbres en la práctica profesional, tal como se puede desprender del criterio de «lejanía» en el tiempo que se aplica desde algún Instituto para descartar la realización de una toma que podría no ser efectiva. Por ello deben establecerse unos plazos máximos de detección a los que se vincule este proceso, que podrían llegar hasta los 10 días recomendados por la literatura más reciente para la realización de análisis en laboratorios equipados con los últimos avances técnicos (52). La situación en nuestro país es tal que únicamente el 15,1% de los Institutos de Medicina Legal tienen protocolizados estos plazos máximos, persistiendo en la mayoría de los centros la rutina de no tomar muestras más allá del 3º-5º día, al entender que transcurridas más 72 horas normalmente no es posible recuperar el perfil del agresor.

La elaboración de registros especiales para casos de violencia sexual, que incluyan únicamente los datos de interés forense al margen de la historia clínica completa, son considerados como una buena práctica (95). Se trata de un aspecto crítico en la atención a víctimas de agresión sexual, ya que facilita al profesional la reserva de la información que, siendo relevante desde una perspectiva asistencial, no reporta datos de interés para la acreditación de los hechos denunciados. Esta distinción se lleva a la práctica en un 81,1% de los IMLs, con desviaciones significativas de un menor cumplimiento en los que atienden a poblaciones de mediano tamaño.

Por último, el momento procesal en el que se realiza la exploración forense también resulta controvertido, puesto que si bien inicialmente la víctima puede optar por no denunciar, solicitando únicamente asistencia sanitaria, tras una posterior reflexión puede replantearse la persecución del hecho criminal sin que exista ya la posibilidad de obtener indicios biológicos. En un sentido estricto, la actuación del médico forense debe realizarse a requerimiento de la autoridad judicial (109) ya que, en el caso contrario, podría cuestionarse la falta de fundamento jurídico en su intervención. Las discrepancias en esta cuestión se ponen de manifiesto en las respuestas a la encuesta, con un 43,4% de Institutos en los que el reconocimiento se hace única y exclusivamente tras la interposición de la denuncia por un 49,1% en los que se hace también bajo otras circunstancias, entre las que se encuentran la alerta directa desde el centro asistencial, que la víctima sea menor o discapaz, o que manifieste su intención de presentar una denuncia inmediata que posteriormente no concreta.

En cualquier caso, la heterogeneidad descrita anteriormente, observada en las respuestas de texto libre aportadas por los encuestados y ratificada por el estudio inferencial por Institutos, hace absolutamente necesaria una armonización básica sobre estas cuestiones esenciales.

2.2.6. Recursos materiales

Se ha expuesto ya la necesidad de que las áreas en las que se presta la asistencia a las víctimas de violencia sexual dispongan de una serie de dependencias en las que llevar a cabo las distintas fases de la evaluación –toma de datos, examen y área postreconocimiento–, cada una de las cuales debe reunir una serie de características que permitan la atención en las mejores condiciones (1) (3) (58).

Tabla 38. Instalaciones

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Los exámenes forenses tienen lugar:	En privado	51 (96,2%)
	En un lugar cómodo	39 (73,5%)
	Respetando la intimidad	50 (94,3%)
¿Se dispone de un área para la toma de datos previo al reconocimiento con un ambiente amable, reservado y seguro?	Sí	32 (60,4%)
	No	8 (15,1%)
	En parte / En curso	13 (24,5%)
¿Se dispone de un área post-reconocimiento para aseo y descanso de la víctima y toma de decisiones?	Sí	21 (39,6%)
	No	17 (32,0%)
	En parte / En curso	15 (28,3%)

Los exámenes en nuestro país se realizan de manera prácticamente unánime en un entorno privado y respetando la intimidad; no obstante, un

Instituto describe que, debido a que las exploraciones se desarrollan en un centro hospitalario, la consulta es abordada con relativa frecuencia por personal sanitario con diversas «excusas», vulnerando la debida intimidad que debe presidir el acto del reconocimiento ginecológico forense.

En relación al lugar donde se efectúan los reconocimientos, se debe proporcionar la mayor comodidad física y mental a la persona, lo que mejora las condiciones de la exploración permitiendo el acercamiento a la obtención de la prueba y contribuyendo a una más pronta restitución. En España esta cuestión es atendida en el 73,5% de los Institutos de Medicina Legal, al hallarse condicionado el lugar del examen, en la mayor parte de los territorios, por la cesión de instalaciones de un centro sanitario que normalmente corresponden a consultas inespecíficas.

A este respecto, se reitera que los reconocimientos forenses se realizan en medio hospitalario en base al Protocolo común para la actuación ante la violencia de género, lo que por una parte representa una extraordinaria ventaja para las supervivientes, por cuanto reduce el número de exploraciones al hacerse de manera simultánea la parte ginecológica y la parte forense, pero por otra condiciona el acceso a dependencias pre y postreconocimiento a su posible existencia en el centro sanitario. En la práctica, la disponibilidad de un área para la toma de datos solo existe para un 60,4% de los Institutos, mientras en el resto deben realizar esta fase en el propio box de urgencias ginecológicas en el que se lleva a cabo la exploración. Sobre esta necesidad, desde un Instituto se ha llegado a plantear al centro sanitario la solicitud de una sala para que policía y médico forense reciban conjuntamente la manifestación de la víctima sobre los hechos, habiendo sido denegada tal petición por falta de espacios.

Por el mismo condicionante, son escasas (39,6%) las provincias donde la víctima puede disponer de un área postreconocimiento en la que asearse, cambiarse de ropa, descansar, y reflexionar para tomar decisiones y planificar su seguridad.

2.2.7. Controles de calidad

La evaluación y el seguimiento son trascendentes para el mantenimiento de la calidad de los servicios y, en consecuencia, para la prestación de una atención satisfactoria. Sus objetivos son la potenciación de las fortalezas detectadas y la corrección de los puntos débiles, y sus resultados deben ser utilizados para modificar y mejorar estrategias de intervención.

El Mapping the current situation: Findings from the telephone interviews with stakeholders, del proyecto COSAI (5), ya hacía referencia en mayo de 2012 a la importante limitación que supone en nuestro país la práctica ausencia de evaluaciones basadas en indicadores de calidad sobre la forma en que se prestan los servicios, ello con carácter previo a la puntual publicación en 2014 de los estudios realizados en el Hospital Clínico de Barcelona (10).

Resulta indispensable la existencia de un órgano supervisor con experiencia en atención a casos de agresión sexual, que haga evaluaciones periódicas de la calidad de la atención que se presta a las víctimas, vele por el cumplimiento de los protocolos y realice seguimientos de los expedientes en curso.

En nuestro país, la respuesta desde los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre estas cuestiones es prácticamente unánime en sentido negativo, con tan sólo una provincia en la que existe este organismo, mientras desde otro Instituto –transferido– se colabora con el impulso que desde la Fiscalía Superior de la comunidad autónoma se está dando a la estandarización y coordinación en la atención a los casos de agresión sexual, que hará que sea esta institución la que, probablemente, adopte esta función supervisora.

Tabla 39. Controles de calidad

ÍTEM	RESPUESTAS	N (%)
Los servicios están supervisados por una junta (o estructura de gestión similar) con experiencia en atención en casos de agresión sexual	Sí	1 (1,9%)
	No	49 (92,5%)
	En parte / En curso	2 (3,8%)
	NS/NC	1 (1,9%)
El servicio realiza evaluaciones regulares y las utiliza para proponer mejoras del servicio	Sí*	2 (3,8%)
	No	44 (83%)
	En parte / En curso	7 (13,2%)
¿Existe un sistema para la participación de los/las usuarios/as que permita establecer mejoras en el servicio?	Sí	1 (1,9%)
	No	46 (86,8%)
	En parte / En curso	4 (7,5%)
	NS/NC	2 (3,8%)

* Los dos miden la calidad del servicio y los resultados en el usuario

Los datos recogidos en la encuesta también ratifican la práctica inexistencia de evaluaciones regulares en los servicios de Clínica Médico Forense en materia de valoración pericial a víctimas de violencia sexual; tan sólo se realizan en dos casos (3,8%) y en ambos Institutos se mide la calidad del servicio y los resultados en el bienestar y salud mental de las usuarias; además de estos, otros siete Institutos (13,2%) llevan a cabo estas evaluaciones de manera parcial, lo que incluye la celebración de sesiones clínicas que ocasionalmente abordan esta cuestión.

Respecto a la participación de usuarios/as en la evaluación, tan solo un Instituto en toda España realiza estas prácticas, con lo que resulta imposible conocer la percepción externa sobre la calidad de la atención recibida y las posibles medidas a aplicar para la mejora del servicio.

2.2.8. Aportaciones y sugerencias

2.2.8.1. Evaluación global y próximos pasos propuestos

Se propuso bajo el formato de texto libre una evaluación global de la situación con solicitud de propuestas de mejora de carácter general, recogiendo los resultados en el Anexo III.

Las propuestas pueden centrarse en tres grandes áreas, en general ya tratadas anteriormente:

- La necesidad de coordinación es recurrente entre los comentarios, sea cual sea el apartado o la sección que se plantee, lo que permite deducir la gran importancia que para la buena práctica forense se da a esta cuestión. Coordinación que por una parte debe ser de ámbito nacional, dirigida en la práctica al desarrollo de protocolos de actuación conjunta que eviten la reiteración de reconocimientos y declaraciones de la víctima, con comisiones de estudio para sensibilización del personal sanitario, judicial y forense, y cuya referencia debe ser asumida por el Ministerio de Justicia y las Comunidades con competencias transferidas; y coordinación a nivel territorial, liderada por un organismo institucional, y orientada a la planificación de los servicios y a la realización de reuniones periódicas para evaluación de procedimientos abiertos y de la atención que se presta a las víctimas.
- La formación es también significada constantemente como mejorable. Dirigida a la obtención de conocimientos especializados, debe proporcionarse a policía de base, médicos asistenciales, trabajadores sociales y, en general, a todos los profesionales implicados en la atención a las supervivientes de violencia sexual. Además de los aspectos propios de cada colectivo, deben abordarse las funciones del resto de intervinientes y la imprescindible actuación coordinada.
- Por último, se hacen referencias a la necesidad de mejoras en instalaciones para garantizar la intimidad de las supervivientes, cuya provisión deberá ser realizada por las administraciones responsables del servicio.

2.2.8.2. Propuestas concretas de actuación para la mejora del servicio

También sobre texto libre se propuso a los encuestados que aportaran cuantas sugerencias considerasen de interés con propuestas concretas de actuación para la mejora del servicio, que quedan recogidas en su literalidad en los Anexos IV y V.

El conjunto de las propuestas permite considerar las siguientes cuestiones de interés:

- La necesidad de una actuación coordinada y de mejora de las relaciones con otras instituciones intervinientes es una opinión extendida entre los servicios médico-forenses de todo el país.

- Se sugiere una centralización de los servicios, que iría orientada a la prestación de una atención integral favorecedora de la recuperación, con disminución del número de reconocimientos y de relatos a realizar por la superviviente.
- Se propone mejorar el flujo de información y los canales de conocimiento del caso por parte del Médico Forense, para evitar que la víctima reviva el suceso con nuevos relatos.
- Deben elaborarse guías de obligado cumplimiento, completas y de calidad para el personal forense, a nivel nacional y autonómico, con homogenización de procedimientos y que incluyan una normalización de los informes.
- Estos protocolos deben incluir directorios de servicios y organismos para derivación, que faciliten la información a las víctimas sobre qué tipo de ayudas pueden solicitar y dónde.
- Antes de comenzar la evaluación debe considerarse el perfil y las circunstancias de la víctima, en atención a sus necesidades específicas.
- Se debe facilitar el acompañamiento de la víctima por personas que le den seguridad y apoyo.
- Debe mejorarse la información que se proporciona a la víctima sobre el objetivo y las fases de la exploración, así como, en su caso, acerca de la posibilidad de que se realicen posteriores reconocimientos.
- Debe existir un documento de consentimiento en el que se especifiquen, paso por paso, las diferentes actuaciones que se van a realizar, la posibilidad de tomar imágenes con descripción detallada del área a fotografiar y la necesidad de tomar muestras biológicas y químico-toxicológicas, con explicación exhaustiva del objeto de estas últimas: establecer si en el momento de los hechos existía alguna privación de sentido.
- Las guías deben contemplar la realización de un seguimiento más exhaustivo después del primer reconocimiento, incorporando la recepción de los resultados analíticos.
- Se debe mejorar la asistencia social post-intervención.
- Debe existir la posibilidad de ampliar el informe médico forense tras la detección de un daño psicológico y para ello se debe promover la mejora en los tiempos de respuesta de los equipos psicosociales.
- Deben establecerse pautas de actuación para los casos de denuncias diferidas en el tiempo.
- La formación es una de las grandes preocupaciones a nivel general; es necesario un adiestramiento complementario específico para todos los Médicos Forenses que intervienen en este tipo de asuntos.

- La concienciación de que se trata de un problema de primera magnitud, que requiere una atención específica, especial y sensible, es otra de las cuestiones comentadas.
- Deben promoverse evaluaciones periódicas del servicio que se presta y los problemas que se plantean.

2.3. PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA FORENSE EN ESPAÑA:

Con los resultados analizados y valorados en los apartados anteriores puede establecerse una aproximación al estado de la cuestión en nuestro país que, comparado con las buenas prácticas planteadas en el capítulo introductorio, permite identificar una serie de fortalezas y, en mayor número, de debilidades que pueden ser sometidas a consideración para su mejora.

2.3.1. Identificación de puntos fuertes y debilidades

Para una mejor visualización de la situación global se incorporan las Tabla 40 y 41, que incluyen los principales aspectos relacionados con las buenas prácticas agrupados por dimensiones, y permiten ponderar en qué proporción están presentes determinadas actitudes y herramientas, comprobar la gran heterogeneidad en la atención prestada a las víctimas y evaluar cómo son los Institutos con mayor sensibilidad hacia estas cuestiones.

Tabla 40. Identificación de puntos fuertes y debilidades por dimensiones

Coordinación interinstitucional	Existen protocolos de coordinación interinstitucionales	75,5%
	Existe un organismo que actúa como referente	32,1%
	Se mantienen reuniones entre los servicios implicados	32,1%
	Existen pautas éticas y de seguridad	30,2%
	Se emplea un directorio de servicios	37,7%
	Estudios nacionales de evaluación de frecuencia	3,8%
Atención sensible	Se realizan con sensibilidad	96,2%
	Se respetan las peticiones de la persona	52,8%
	Se dispone de identificación profesional	79,2%
	Mínimización del tiempo espera	100%
	Se disminuye el número de relatos en diferentes instituciones	50,9%
	Se disminuye el número de relatos en el IMLyCF	75,4%
	El sexo del examinador es el solicitado por la víctima	0%
	Permiten acompañamiento a la víctima	67,9%
Se dispone de medidas especiales para minorías	67,9%	

Formación	Formación en coordinación	11,3%
	Formación en ética y seguridad	18,9%
	Formación técnica específica	49,1%
	Formación en sensibilidad	32,1%
Protocolos y directrices	Protocolo escrito	79,2%
	Se ocupa de la coordinación con otras instituciones	77,4%
	Se emplea un directorio para derivación a otros servicios	37,7%
	Tiene pautas para reconocimiento y recogida de muestras	56,6%
	Los exámenes siguen estándares de calidad	83,0%
	Se emplea un formulario estándar	67,9%
	Se solicita consentimiento a la víctima	62,3%
	Se informa detalladamente para obtener el consentimiento	69,8%
	Se solicita consentimiento escrito	20,7%
	Se ocupa de asegurar la confidencialidad	71,7%
	Se comparte información con otros intervinientes	52,8%
	Protocolo con «kits» de recogida de muestras	90,6%
	Incluye información a la víctima para que conserve pruebas	43,4%
	Tiene pautado plazo máximo de recogida de muestras	15,1%
	Se diferencia la Historia de la agresión	81,1%
	Reconocimiento exclusivamente tras la denuncia	43,4%
Medios materiales	En privado	96,2%
	En un lugar cómodo	73,5%
	Respetando la intimidad	94,3%
	Con área para toma de datos	60,4%
	Con área postreconocimiento	39,6%
Controles de calidad	Existe una Junta supervisora	1,9%
	Se realizan evaluaciones regularmente	3,8%
	Se permite la participación usuarias	1,9%

En cuanto a las debilidades en la atención a víctimas de violencia sexual en nuestro país, puede ponerse de relieve la coincidencia de esta investigación con los resultados de un estudio realizado en Latinoamérica y el Caribe, publicado en el año 2015, en el que con una ratio de respuesta del 66,7% sobre 18 países analizados se describe que la formación y la ausencia de controles de calidad son aspectos negativos destacados (144).

En España la formación es claramente deficitaria, con cuestiones que apenas se tratan, como la coordinación interinstitucional sobre la que se adiestra tan solo en el 11,3% de los territorios, y con una docencia sobre temas éticos y de seguridad presente en 1 de cada 5 provincias (18,9%). La formación en sensibilidad también es escasa (32,1%), y la que se refiere a conocimientos específicos en materia forense alcanza únicamente a la mitad de los Institutos encuestados (49,1%).

Los controles de calidad sobre la atención que se presta a las víctimas/supervivientes de violencia sexual son prácticamente inexistentes en nuestro país; que se realicen estas evaluaciones en el 3,8% de los Institutos no requiere mayor aclaración.

También en materia de coordinación interinstitucional se observa un déficit, aunque menos marcado, con ausencia de protocolos de actuación conjunta en 1 de cada 4 Institutos; la existencia de un organismo referente únicamente en un 32,1% de las provincias condiciona, sin duda, esta cuestión. No obstante, destaca una percepción satisfactoria de la relación de la medicina forense con los órganos judiciales, la medicina asistencial y los cuerpos policiales. Por otra parte, predomina la ausencia general de pautas éticas y de seguridad protocolizadas, tan sólo presentes en 3 de cada 10 territorios.

La sensibilidad con la que se realizan los reconocimientos (96,2%), con un cuidado especial sobre la intervención urgente y la minimización de los tiempos de espera (100%), son algunas de las fortalezas de la atención centrada en las personas que han sufrido violencia sexual en nuestro país, a pesar de que uno de los aspectos remarcados en toda la literatura consultada, como es el de la presencia de un acompañante de apoyo en caso de ser solicitado por la víctima, se permite en un 67,9% de los Institutos de Medicina Legal; esto es, en uno de cada tres Institutos no se atiende de manera correcta este criterio de buena práctica.

La existencia de protocolos de actuación escritos está generalizada (en un 79,2% de Institutos de manera efectiva y en un 15,1% más en parte o en curso), de forma que el empleo de formularios estandarizados, que se da en un 67,9% de los IMLs, es más frecuente en aquellos que emplean dichos protocolos escritos (80,5%) que en los que no los utilizan (33,3%). Respecto a cuestiones concretas hay que destacar algunas tan trascendentes como la obtención del consentimiento previo a la exploración, que es claramente deficitario, y más aún si la exigencia es que se otorgue por escrito (20,7%). En cuanto a aspectos técnicos, y si bien la utilización de «kits de recogida» está ampliamente extendida en todo el territorio nacional (90,6%), tan solo la mitad de los Institutos incluye en sus protocolos pautas para el reconocimiento y la recogida de evidencias y, por otra parte, aquellos que contemplan plazos máximos para la toma de muestras quedan reducidos a un 15,1%, con lo que esta cuestión queda en la amplia mayoría de los casos al criterio individual del encargado de la pericia.

Sí son muy satisfactorias las condiciones en las que se presta la asistencia, ya que prácticamente en todo el país se realiza en privado y respetando la intimidad de la superviviente. Sin embargo, tan sólo en 3 de cada 5 Institutos se dispone de un área independiente para la toma de datos, y en menor proporción –2 de cada 5– de un área postreconocimiento donde la víctima pueda asearse y recibir atención a cualquiera de sus necesidades.

El análisis inferencial ha permitido establecer un estudio comparativo de los principales indicadores de buenas prácticas según la idiosincrasia de cada Instituto.

Tabla 41. Identificación de puntos fuertes y debilidades agrupadas por dimensiones. Diferencias significativas por Institutos de Medicina legal

INSTITUTO \ ÁREA		(I) COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL						
		PROT. COORD.	ÓRGANO REFERENTE	DIREC-TORIO	PAUTAS SEG.	COORD. CON OTROS	COORD. DESDE OTROS	TRABAJO DE OTROS
Región transferida	Sí	+	+			+	+	+
	No							
Población	Grande							+
	Mediana							
	Pequeña	-				-	-	
Pautas	Regional	++	+	+	+	+		
	Provincial						+	+
Número de profesionales	<16							
	16-30					+	+	
	<30							
General		75,5%	32,1%	37,7%	30,2%			

+/-: diferencias significativa; ++: 100%; -: prácticamente inexistente.

Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual

INSTITUTO \ ÁREA		(II) SENSIBILIDAD		FORMACIÓN	
		↓ N° RELATOS	↓ N° EN IML	FORMACIÓN SEGURIDAD	FORMACIÓN SENSIBILIDAD
Región transferida	Sí				+
	No				
Población	Grande				
	Mediana				
	Pequeña				
Pautas	Regional			+	
	Provincial	+	+		
Número de Profesionales	<16				
	16-30				
	<30				
General		50,9%	75,4%	18,9%	32,1%

+/-: diferencias significativa; ++: 100%; -: prácticamente inexistente.

INSTITUTO \ ÁREA		(III) PROTOCOLOS INTERNOS								
		CONSENT.	ESCRITO	CONFID.	COORD.	INFO. CONSERV.	PARA RECON.	LÍMITE MUES.	INFO CONS.	MED. ESPEC.
Región transferida	Sí		+	+	+		+		+	
	No									
Población	Grande			+					+	
	Mediana	-								
	Pequeña				-					
Pautas	Regional							-		++
	Provincial									
Número de Profesionales	<16							-		
	16-30									
	<30					++				
General		62,3%	20,7%	71,7%	77,4%	43,4%	56,6%	15,1%	69,8%	67,9%

+/-: diferencias significativa; ++: 100%; -: prácticamente inexistente.

		(IV) ESTÁNDARES Y DIRECTRICES	
		FORMULARIO	HISTORIA DIFERENCIADA
INSTITUTO \ ÁREA			
Región transferida	Sí		
	No		
Población	Grande		
	Mediana		-
	Pequeña		
Pautas	Regional	++	
	Provincial		
Nº Profesionales	<16		
	16-30		
	<30		
General		73,6%	81,1%

+/-: diferencias significativa; ++: 100%; -: prácticamente inexistente.

Se ha comprobado que los IMLyCFs que pertenecen a ámbitos territoriales en los que las competencias en materia de Justicia han sido transferidas al Gobierno autonómico disfrutan de una mejor coordinación interinstitucional, con existencia de órganos territoriales referentes en esta materia; además, refieren una mayor formación en atención sensible a las víctimas. Por otra parte, sus protocolos internos atienden significativamente mejor que los de Institutos «no transferidos» a cuestiones como la confidencialidad, la información facilitada en la búsqueda del consentimiento escrito y las pautas técnicas para el reconocimiento y la toma de muestras.

Los Institutos que atienden a áreas geográficas de pequeño tamaño coordinan significativamente menos con otras instituciones, mientras que los que asisten a poblaciones mayores contemplan más en sus protocolos internos cuestiones como la confidencialidad y la información que proporcionan para la obtención del consentimiento.

Los afectados por pautas procedentes de una Dirección Regional cuentan en su totalidad con protocolos de coordinación interinstitucional, y disponen en proporción significativamente mayor de un órgano referente, de directorios de organismos que prestan asistencia a las víctimas y de pautas éticas y de seguridad; además, todos ellos atienden en sus protocolos internos a las necesidades especiales de las minorías. Por el contrario, presentan como debilidad conjunta la ausencia de plazos límite para la recogida de muestras.

Por último, en cuanto a las posibles diferencias significativas entre Institutos según su número de profesionales, tan sólo se observa que los que

disponen de 16 a 30 médicos forenses tienen mejor relación con los servicios legales que el resto, mientras que todos los de mayor tamaño se distinguen por haber protocolizado la información que se proporciona a las víctimas para la adecuada conservación de evidencias científicas.

2.3.2. Propuestas de actuación

Una vez identificados los principales déficits en la buena atención a las víctimas de violencia sexual en nuestro país, pueden plantearse una serie de actuaciones orientadas hacia su mejora, partiendo de la importancia de que las medidas propuestas puedan implementarse y que no exista distancia entre la teoría y lo que puede llevarse a la práctica.

2.3.2.1. Coordinación interinstitucional

En nuestro país, el Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, especifica en su artículo 3 que *«las Administraciones Públicas implicadas aprobarán y fomentarán el desarrollo de protocolos de actuación y de procedimientos de coordinación y colaboración, en los que también tendrán participación las asociaciones y colectivos de protección de las víctimas»* (145).

Hasta este momento, la coordinación interinstitucional, tal como se ha venido demostrando, no está plenamente desarrollada en todo el territorio nacional; y en aquellas provincias en las que existe sigue modelos totalmente heterogéneos, con participación de colectivos dispares, algunos no relacionados directamente con la atención a las supervivientes de violencia sexual, y ausencia de otros que sí son fundamentales.

Esta situación permite plantear la necesidad de establecer protocolos comunes de coordinación armonizados, de implantación general, que garanticen una atención similar con independencia del lugar en el que ocurra la agresión sexual, en respeto del principio ético fundamental de Equidad.

Para ello debe promoverse una acción conjunta con participación de todos los colectivos intervinientes en la atención a supervivientes de violencia sexual, dependientes de diferentes organismos –Salud (médicos ginecólogos), Justicia (médicos forenses), Interior (policías), Servicios Sociales (trabajadores sociales), Consejo General del Poder Judicial (jueces y magistrados), Ministerio Fiscal (fiscales), Consejo de la Abogacía (abogados) –, que por afectar a tan delicada materia debería implicar a los máximos responsables de estas instituciones.

A efectos prácticos, puede proponerse la creación de un órgano o comisión supraterritorial de coordinación, dependiente de un Ministerio (Sanidad y Servicios Sociales o Justicia), que debe contar con la participación de representantes de las diferentes instituciones. La asesoría técnica en cuestiones médico legales dependería del Consejo Médico Forense (146), en

atención a sus funciones contempladas en el artículo 3.1.b del Real Decreto 355/2014 de 16 de mayo.

Este órgano o comisión sería el encargado de la organización de grupos de trabajo para la redacción de protocolos orientados a la actuación coordinada de los servicios, la elaboración de programas de formación y capacitación para los profesionales implicados, el desarrollo de proyectos de investigación sobre la materia y el diseño de políticas de sensibilización sobre las buenas prácticas en la atención institucional a víctimas de violencia sexual.

El objetivo primordial de estos protocolos, creados bajo un criterio de armonización de actuaciones que elimine la heterogeneidad de los sistemas actualmente existentes, será mejorar las prácticas en la asistencia a las víctimas proporcionando una atención integral que disminuya el número de intervenciones a través de unos adecuados flujos de información.

En su contenido deben incluir los itinerarios a seguir por las supervivientes desde el momento en que se tiene conocimiento de los hechos hasta la respuesta final, establecidos de manera formal, planificada y coordinada para todos los servicios y actividades que precisa la víctima.

La aplicación de estos protocolos dependerá, para las cuestiones forenses, del Director del Instituto de cada territorio, conforme al artículo 5.2.i. del Real Decreto 386/1996 (140), quien para la resolución de cualquier controversia jurídica referente a menores o incapaces puede solicitar el asesoramiento del Ministerio Fiscal.

Desde el organismo supraterritorial se promoverán reuniones periódicas en las que se actualizarán los protocolos conforme a las nuevas tecnologías, los nuevos modos de violencia y las nuevas disposiciones normativas.

En el aspecto formativo esta comisión emitirá directrices sobre los contenidos a incluir en la capacitación básica armonizada que deben recibir todos los colectivos profesionales, en cuestiones esenciales como la atención sensible a supervivientes y la actuación coordinada de los servicios.

También se dictarán pautas comunes orientadas a la recogida de datos de manera uniforme y armonizada, estableciendo criterios de caso que permitan investigaciones fidedignas sobre esta materia, superando la heterogeneidad observada en este estudio que incluye Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses que no recogen en sus memorias la casuística sobre agresiones sexuales, lo hacen de manera parcial atendiendo a determinados partidos judiciales, o realizan estimaciones aproximadas sobre el número real de atenciones a supervivientes de violencia sexual.

A nivel territorial, una comisión interinstitucional coordinada por un organismo competente que actúe como referente –Consejería de Servicios Sociales, de Salud, Justicia...–, en la que se encuentren integradas todas las instituciones implicadas en la atención a supervivientes de violencia sexual, deberá velar por el adecuado cumplimiento de los protocolos, manteniendo

do reuniones periódicas en las que se valoren la calidad de la atención que se presta a las víctimas, el respeto a los itinerarios y la evolución de los procedimientos judiciales en curso, incluyendo a este respecto un control en el flujo de la información que facilite la ampliación de los informes periciales ante la aparición de posibles complicaciones en la salud de la superviviente.

2.3.2.2. Atención sensible

Si bien en nuestro país los reconocimientos a personas que sobreviven a la violencia sexual se realizan en términos generales con la debida sensibilidad, existen una serie de aspectos concretos susceptibles de mejora.

Resulta de gran importancia la atención a las necesidades de la víctima, con una escucha de todas sus demandas y una aceptación de aquellas que sean razonables y asumibles, y el especial cuidado sobre todas las cuestiones relacionadas con la privacidad y la seguridad.

La posibilidad de que una persona de la confianza de la víctima se encuentre presente durante la evaluación debe ofrecerse en todos los casos, y desde el primer momento en que se tiene conocimiento del hecho, tal como recomiendan la práctica totalidad de las guías y protocolos de intervención.

La identificación del profesional mediante una acreditación oficial que simplifique el acceso de la víctima a sus datos y facilite la interlocución con el responsable de la pericia es otra de las buenas prácticas que debe ser tenida en cuenta, a nivel institucional para la confección de este documento, e individual por la necesidad de que cada médico forense se conciencie sobre la idoneidad de su utilización.

2.3.2.3. Formación

La formación en esta materia debe dirigirse a todos los colectivos profesionales implicados –personal sanitario, policial, judicial y médico-forense, psicosocial y legal– promoviendo además de todas aquellas cuestiones técnicas de interés, el desarrollo de conocimientos específicos y habilidades centrados en las víctimas (1) (59), con dedicación especial a la trascendencia que la actuación de los primeros intervinientes tiene tanto para la recuperación de las supervivientes como para el éxito de las labores de investigación del delito (48) (52).

Además de la instrucción específica para cada colectivo profesional, debe proporcionarse docencia conjunta a todos los intervinientes, con atención a la aplicación práctica de los protocolos de coordinación, a la adecuación de los itinerarios, al intercambio de información y a otras propuestas dirigidas a la reducción del número de veces que la víctima debe explicar los hechos. Estas actividades formativas serán impulsadas a través de la comisión local bajo los criterios esenciales y armonizados establecidos por el organismo coordinador supraterritorial.

A partir de esta formación puede promoverse la creación de equipos especializados y la centralización de los reconocimientos, con el fin de facilitar el acceso de la víctima a los servicios, en orden a atender a lo dispuesto en el artículo 25 del Convenio del Consejo de Europa para la prevención y lucha contra la violencia sobre las mujeres y la violencia doméstica (53).

La docencia propia para los médico-forenses debe dirigirse, de manera fundamental, al desarrollo de conocimientos técnicos específicos y de habilidades y actitudes del examinador (1), y debe ser periódica en materias sobre cómo realizar el reconocimiento, cómo ganar la confianza de la víctima y los pasos a seguir (3). Además, es necesaria formación sobre los fundamentos de la confidencialidad, a efectos de que los profesionales conozcan qué datos son reservados y cuáles se pueden compartir (1).

A este respecto, debe decirse que no es imprescindible que esta formación sea presencial: siguiendo el exitoso ejemplo de algunos estados en Norteamérica puede plantearse on-line, con sesiones periódicas en las que a nivel interregional se intercambien experiencias que permitan enriquecer los conocimientos en esta materia. El acercamiento de bibliografía de referencia por parte de las instituciones encargadas de la coordinación de esta formación –podría ser el Ministerio de Justicia a través de su Centro de Estudios Jurídicos al objeto de conseguir la necesaria armonización– o la suscripción a páginas web especializadas, representaría un enorme avance para todos los profesionales, que sin duda redundaría en una mejor atención a las supervivientes.

Por último, se introduce una propuesta dirigida al colectivo asistencial, consistente en fomentar la formación sobre cuestiones forenses para los médicos especialistas en ginecología, lo que les permitiría una eficaz toma de vestigios de hipotético valor probatorio; esto sería de gran utilidad para todos aquellos casos en los que la víctima manifieste inicialmente su falta de interés en la persecución del hecho, realizando el centro sanitario una recogida de muestras y una custodia durante un tiempo a determinar en los protocolos de coordinación, en previsión de una posible interposición diferida de la denuncia, tras la que ya resultaría imposible una recuperación de indicios biológicos.

2.3.2.4. Protocolos de actuación médico forense

La implantación de un protocolo común a toda la profesión médico forense, que contemple además de las cuestiones científicas una manera de trabajar sensible y centrada en la víctima, debe ser una prioridad para la mejora de las condiciones de intervención post-trauma en las supervivientes, incluyendo pautas para el seguimiento de la mujer más allá del reconocimiento físico inmediato a los hechos.

Este protocolo, basado en directrices nacionales e internacionales, debe incluir aspectos técnicos sobre la toma de datos y el reconocimiento, observando qué plazos deben establecerse para una recogida eficaz de vestigios,

y cómo debe procederse en la toma, empaquetado y envío de muestras en orden a su correcta preservación. Al tiempo debe prestar atención a las necesidades que pudiera tener la víctima antes, durante y después del reconocimiento, sin olvidar aspectos de tanta trascendencia como la obtención del consentimiento escrito y el aseguramiento de la confidencialidad.

No sólo debe armonizarse la actuación médico-forense homogeneizando los sistemas de trabajo, sino que los informes deben ser estandarizados a través de indicaciones sobre qué datos pueden y deben ser incluidos, siguiendo las pautas protocolizadas que definan qué tipo de exploraciones y pruebas han de ser realizadas.

El Consejo Médico Forense (146), por su función como impulsor de la coordinación de los Institutos de Medicina Legal y su ámbito de actuación en todo el territorio del Estado, puede convertirse en el promotor de la unificación de los protocolos de intervención en esta materia.

2.3.2.5. Instalaciones y material

El equipamiento limitado de las instalaciones ha sido identificado como un déficit en los exámenes forenses (23). Estas dependencias deben reunir unos mínimos térmicos, de iluminación, de mobiliario... (60), y estar dotadas de áreas para la recogida de datos, la exploración y la toma de decisiones, sin que locales de estas características estén a disposición de los Institutos de Medicina Legal en todos los casos.

Además, deben garantizar la intimidad y la seguridad de las víctimas (21) (23) (50) (59), siendo las instituciones responsables de su provisión el Ministerio y las Consejerías de Justicia, en aquellas comunidades autónomas con competencias transferidas en la materia.

En estas instalaciones se debe disponer del material completo para el reconocimiento asistencial y forense conjunto, mediante la aportación de kits preelaborados o de su preparación «ad hoc» a través de la actuación coordinada de ambos servicios.

2.3.2.6. Controles de calidad

No puede pretenderse una mejora real de los servicios que se prestan, si estos no se someten a un escrutinio periódico basado por una parte en autocontroles de calidad entre los propios médicos forenses y, por otra, en el conocimiento de la percepción que los/las usuarios/as (supervivientes y otros operadores jurídicos) tienen de nuestras actuaciones.

La situación en nuestro país se define por sí sola: que únicamente 2 de los 53 IML realicen evaluaciones regularmente, que sólo en 1 exista una «Junta supervisora» y que exclusivamente en 1 se permita la participación de las supervivientes, exige una concienciación inmediata por parte los profesionales, en orden a dotar a todos los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de mecanismos para la realización de evaluaciones, diri-

gidas a la detección de debilidades y a la puesta en marcha de actuaciones para su mejora.

Esta Junta supervisora, o comisión de calidad, debería constituirse en cada Instituto bajo la coordinación bien del Jefe de Servicio de Clínica o del propio Director, para realizar un seguimiento y evaluación de los casos, tanto desde la perspectiva técnico-científica como desde la mejor atención centrada en la víctima.

Para las evaluaciones se propone, por una parte, la realización de autoencuestas entre los médicos forenses, en las que se recojan actuaciones concretas y posibles dificultades con las que se encuentran; y por otra, para la participación de los usuarios se sugiere la creación de un formulario en el que puedan manifestar sus impresiones sobre la atención recibida, recogándose los datos de manera anónima (58).

3. PLAN DE ACTUACIÓN URGENTE

La atención a víctimas de violencia sexual en España resulta heterogénea según su localización geográfica y presenta múltiples debilidades que precisan ser subsanadas.

La coordinación entre los colectivos que intervienen no es geográficamente uniforme, lo que hace necesaria la creación de un ente armonizador de carácter nacional que promueva la elaboración de protocolos de actuación conjunta para todos los profesionales implicados.

Se observa una interacción satisfactoria de la medicina forense con la asistencial y con las fuerzas policiales en todo el país. La comunicación entre estos colectivos genera flujos de información que deben ser regulados para disminuir el número de relatos realizados por la superviviente y minimizar la victimización secundaria.

La atención con sensibilidad por parte de los profesionales es uno de los puntos fuertes observados en este estudio y debe ser potenciada.

Se debe permitir a la víctima la elección de una persona de apoyo y acompañamiento durante todo el proceso.

Es necesario habilitar mecanismos judiciales que permitan agilizar los trámites procesales para limitar los plazos de resolución de los expedientes.

La formación técnica específica proporcionada a los médicos forenses es cuantitativamente deficitaria; en aspectos como la coordinación interinstitucional, las pautas éticas y de seguridad, y el trato sensible a las víctimas es prácticamente inexistente. Esta carencia exige la urgente puesta en marcha de un plan docente relacionado con todas estas cuestiones.

Es necesario establecer protocolos armonizados para una atención forense homogénea en todo el territorio nacional, con pautas estructuradas para la obtención del consentimiento, la recogida de datos de la agresión, la exploración física y psicopatológica, la toma de muestras, y la elaboración de consideraciones y conclusiones.

La obtención del consentimiento por escrito para la realización de la prueba forense es parte fundamental de la actuación centrada en los derechos, necesidades y dignidad de las supervivientes y debe implantarse de manera prioritaria.

Las instituciones deben velar para que los centros de atención a las personas que sobreviven a la violencia sexual sean adecuados a sus necesidades, facilitando espacios para la toma de datos y las exploraciones, y áreas postreconocimiento para el aseo, el descanso y la reflexión.

La inexistencia de controles de calidad, orientados a la detección de debilidades e implantación de mejoras, hace necesaria una toma de conciencia de los responsables de los servicios para la adopción urgente de medidas en esta materia.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Office of Violence Against Women. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations - Adults/Adolescents US Department of Justice; 2013.
2. LINDEN JA. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *N Engl J Med.* 2011;365 (9):834–41.
3. WELLS D, TAYLOR W. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization; 2003.
4. BALSAM KF, LEHAVOT K, BEADNELL B. Sexual revictimization and mental health: a comparison of lesbians, gay men, and heterosexual women. *J Interpers Violence.* 2011;26 (9):1798–814.
5. COSAI Project. Mapping the current situation: Findings from the telephone interviews with stakeholders. London: Comparing Sexual Assault Interventions project; 2012.
6. ORTIZ J. Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2011.
7. MEIN JK, PALMER CM, SHAND MC, TEMPLETON DJ, PAREKH V, MOBBS M, et al. Management of acute adult sexual assault. *Med J Aust.* 2003;178 (5):226–30.
8. WELCH J, MASON F. Rape and sexual assault. *Br Med J.* 2007;334 (7604):1154–8.
9. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. 2015.
10. SANTIÑÁ M, RÍOS J, CÉSPEDES F, MARTÍNEZ B. Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgencias. *Rev Esp Med Leg.* 2014;40 (3):97–102.
11. JASPARD M, BROWN E, CONDON S, FIRDION J-M, FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL D, HOUEL A, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris: La Documentation française; 2003.
12. SAINT-MARTIN P, BOUYSSY M, JACQUET A, O'BYRNE P. Les victimes d'abus sexuels: éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynécologie Obs Biol la Reprod.* 2007 Oct;36 (6):588–94.
13. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014. p. 1–193.
14. BLACK MC; BASILE KC; SMITH SG; WALTERS ML; MERRICK MT; CHEN J; STEVENS MR. National Intimate Partner and Sexual Violence

- Survey 2010 Summary Report. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2010;1–124.
15. KILPATRICK D. Rape in America: a report to the nation Arlington: VA: National victim center; 1992 [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <https://www.victimsofcrime.org/docs/ReportsandStudies/rape-in-america.pdf?sfvrsn=0>
 16. TJADEN P, THOENNES N. Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey Washington, DC: National Institute of Justice; 2006 [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/210346.pdf>
 17. PLANTY M, PH D, LANGTON L, STATISTICIANS BJS, KREBS C, BERZOFSKY M, et al. Female Victims of Sexual Violence, 1994-2010. *Bur Justice Stat.* 2013; (March):1–16.
 18. COSAI Project. Benchmarking & evaluation tool to assess sexual assault services. London: Comparing Sexual Assault Interventions project; 2012.
 19. COSAI Project. Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature. London: Comparing Sexual Assault Interventions project; 2012.
 20. PARSONS L, ALLEN A. SEXUAL ASSAULT. IN: LING F, DUFF P, editors. *Obstetrics & Gynecology Principles for practice.* New York: McGraw-Hill Education; 2002. p. 552–61.
 21. National Management Guidelines for Sexual Assault. Ministry of Health. SouthAfrica 2003 [Internet]. [cited 2014 Dec 4]. Available from: <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/SouthAfrica-Sexual-Assault-Guidelines-2003.pdf>
 22. LINET T, NIZARD J. Constats de violences sexuelles: rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod.* Elsevier Masson; 2008 Sep 3;33 (2):99–109.
 23. KELLY L, REGAN L. Good Practice in Medical Responses to Recently Reported Rape, Especially Forensic Examinations. London: Child and Woman Abuse Studies Unit, London Metropolitan University; 2003.
 24. SPOHN C, BEICHNER D, DAVIS-FRENZEL E. Prosecutorial Justifications for Sexual Assault Case Rejection: Guarding the «Gateway to Justice.» *Soc Probl.* 2001;48 (2):206–35.
 25. CAMPBELL R, PATTERSON D, BYBEE D, DWORKIN ER. Predicting Sexual Assault Prosecution Outcomes: The Role of Medical Forensic Evidence Collected by Sexual Assault Nurse Examiners. *Crim Justice Behav.* 2009;36 (7):712–27.

26. MARÍN F. Análisis estadístico de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual. *Índice*. 2006; (Marzo):17–9.
27. LAMONT W. Sexual Assault Services in Alberta. Alberta Association of Sexual Assault Centres; 2006.
28. ANNAN SL. The experiences of legal and victim support providers with sexually assaulted females in rural areas ProQuest Dissertations and Theses. University of Virginia; 2007. [Internet]. [cited 2015 Oct 18] Available from: http://search.proquest.com/docview/304807238?accountid=14553&url_ver=Z39.88-004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&theses&sid=ProQ:GenderWatch&atitle=&title=The+experiences+of+lega
29. GROSSIN C, SIBILLE I, LORIN DE LA GRANDMAISON G, BANASR A, BRION F, DURIGON M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int*. 2003;131 (2-3):125–30.
30. CHARIOT P, SCIUS M, LORIN A-S, BELMENOVAR O, TEDLAOUTI M, BORAUD C. Violences sexuelles: examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). *Bull Epidemiol Hebd* ; 40-41. 2010;418–21.
31. CHEVRANT-BRETON O, J C, PAYSANT F, LEINGRE-MARION C, PULAIN P. Contuute à tenir en cas d'agression sexuelle. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique Tome XXI. Colège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. París: CNGOG; 1997.
32. TORRÓ GARCÍA-MORATO C, LLAMAS MARTÍN C. Protocolo Andalus para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Red andaluz Form contra el maltrato a las mujeres. 2009; (D.L. Sevilla):11–20.
33. Grupo de trabajo del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Logroño: Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja; 2010.
34. ESCRIBÁ V, ROYO M, MAS R, FULLANA A, MORENO MP. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2008.
35. PÉREZ B, MUÑOZ E, RODRÍGUEZ R. Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura; [Internet]. [cited 2015 Oct 18] Available from: <http://periodicos.saludextremadura.com/upload/4896.PDF>
36. BREITENBECHER KH. Sexual revictimization among women: A review of the literature focusing on empirical investigations. *Aggression and Violent Behavior*. 2001. p. 415–32.
37. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

38. Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
39. UTE-UNFPA. Por una atención libre de victimización secundaria en casos de violencia sexual El Salvador: UTE-UNFPA.; 2013 [Internet]. [cited 2015 Jan 17]. Available from: http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2015/09/UNFPA_Revictimizacion_2013.pdf
40. VETTEN L. While women wait... (2) Can specialist sexual offences courts and centres reduce secondary victimisation? *Nedbank ISS Crime Index* 2001;5 (3). [Internet]. [cited 2015 Oct 1] Available from: <https://www.issafrica.org/pubs/CRIMEINDEX/01Vol5No3/women2.html>
41. CAMPBELL R, GREESON M, PATTERSON D. Defining the boundaries: How sexual assault nurse examiners (SANEs) balance patient care and law enforcement collaboration. *J Forensic Nurs.* 2011;7:17–26.
42. COBO JA. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual: formularios y guías de exploración y toma de muestras. Masson, editor. Barcelona; 1998.
43. WALBY S, OLIVE P, TOWERS J, FRANCIS B, STRID S, KRIZSÁN A, et al. Overview of the Worldwide Best Practices for Rape Prevention and for Assisting Women Victims of Rape - Think Tank. Brussels: European Union; 2013.
44. CAMPBELL R, AHRENS CE. Innovative community services for rape victims: An application of multiple case study methodology. *Am J Community Psychol.* 1998;26 (4):537–71.
45. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ J, PARDO FERNÁNDEZ E. El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. *Intersalud*; 2007 [Internet]. [cited 2015 Oct 1]. Available from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4079>
46. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ J. Trastorno por estrés postraumático. Una visión global. *Intersalud*; 2006 [Internet]. [cited 2015 Oct 17]. Available from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3842>
47. GARCÍA-MORENO C. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013
48. DELGADO S, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ J, COBO JA. La valoración médico-legal en casos de agresión sexual. Protocolos de evaluación en víctimas de agresión sexual. In: Bosch E, editor. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IV)*. Barcelona; 2012, p. 333–57.

49. GÓMEZ-DURÁN EL, LAILLA-VICENS JM, ARIMANY-MANSO J, PUJOL-ROBINAT A. La atención interdisciplinaria en la violencia sexual. *Rev Española Med Leg*. Elsevier; 2014 Jul 1;40 (3):89–90.
50. KHANDEKAR I. Forensic medical care for victims of sexual assault sexual. DHR guidelines. Department of Health Research. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. 2013 [Internet]. [cited 2014 Dec 5]. Available from: http://www.icmr.nic.in/dhr/pdf/1_DHR_Forensic_Medical_Manual_Sexual_Assault.pdf
51. Asociación Médica Mundial. Manual de Ética Médica. Asociación Médica Mundial; 2009.
52. National Institute of Justice. Organizing and Transferring SANE/SAFE/SART Knowledge and Best Practices Office of Investigative and Forensic Sciences. Washington D.C. 2014 [Internet]. [cited 2015 Oct 17]. Available from: https://www.forensiccoe.org/docs/FTCOE_SANE-SAFE-SART_Final_Report_120114.pdf
53. Council of Europe. Convention on preventing and combating violence against women. 2011 [Internet]. [cited 2015 Oct 17]. Available from: <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-conventions/treaty/210>
54. CHARIOT P. Prise en charge d'une victime de viol: médecine légale Conférences Psychiatrie 1. Urgences. 2011 p. 31–42. [Internet]. [cited 2015 Oct 17]. Available from: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Prise_en_charge_d_une_victime_de_viol_medecine_legale.pdf
55. GRESAM R, RENCH J, HELBLING L. Ohio Protocol For Sexual Assault Forensic and Medical Examination [Internet]. Office of Healthy. 2011 [cited 2015 Oct 17]. Available from: [http://www.odh.ohio.gov/~media/ODH/ASSETS/Files/hprp/sexual assult/adultprotocol2011.ashx](http://www.odh.ohio.gov/~media/ODH/ASSETS/Files/hprp/sexual%20assult/adultprotocol2011.ashx)
56. Grupo de trabajo. Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos Consejería de Sanidad.Gobierno de Castilla La Mancha. [Internet]. [cited 2014 Dec 7]. Available from: http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/protocolo_victimas_violencia_genero_2008.pdf
57. Tennessee Domestic Violence. State Coordinating. Tennessee Best Practice Guidelines For Sexual Assault Response Services. Adult Victims. [Internet]. Tennessee Office of Criminal Justice Programs. 2014 [cited 2015 Oct 17]. Available from: <http://www.tncoalition.org/documents/tn-best-practices-sexual-assault-response-2014-fin>
58. Group NSD. Recent Rape/ Sexual Assault: National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination in Ireland [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 17]. Available from: <http://www.hse.ie/satu>

59. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Bogotá. 2009.
60. JORDAN J. Worlds Apart? Women, Rape and the Police Reporting Process. *Br J Criminol.* 2001 Sep;41 (4):679–706.
61. KELLY L. A research review on the reporting, investigation and prosecution of rape cases. London: Child and Woman Studies Unit; 2002.
62. ARRIZABALAGA P, SANTIÑÀ M, editors. L'abordatge mèdic de la violència envers les dones i llurs fills i filles. *Quaderns de la Bona Praxi.* Barcelona: Col·legi Oficial de Metges; 2012.
63. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ J. Bioética y obtención de la prueba en delitos contra la libertad sexual: víctima-persona vs. víctima prueba. *I Jornadas Internacionales de Victimología en La Rioja.* Logroño; 2000.
64. World Health Organisation. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013 [Internet]. [cited 2015 Oct 17]. Available from: www.who.int
65. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
66. DALTON M. Forensic Gynaecology: Towards Better Care for the Female Victim of Sexual Assault. Maureen Dalton; 2004.
67. CHARIOT P, DANTCHEV N. Agressions sexuelles chez l'adulte. In: Vuibert, editor. *Traité de médecine légale et de droit de la santé.* Paris; 2010. p. 216–24.
68. LEWIS CM, DINITTO D, NELSON TS, JUST MM, CAMPBELL-RUGGAARD J. Evaluation of a rape protocol: a five year follow-up with nurse managers. *J Am Acad Nurse Pract.* 2003 Jan;15 (1):34–9.
69. Office on Violence Against Women. National Training Standards for Sexual Assault Medical Forensic Examiners US Department of Justice; 2006 [Internet]. [cited 2014 Dec 4]. Available from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/213827.pdf>
70. Faculty of Forensic and Legal Medicine. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects. 2016;1–5.
71. GILMORE T, DOWNING N, LEHEW B, POLLPETER A, TWEEDY K, TERRILL P. Sexual Assault: A Protocol for Adult Forensic and Medical Examination [Internet]. Iowa Department of Public Health; 2014. Available from: http://www.ncdsv.org/images/idph_sexualassault-protocoladultforensicmedicalexamination_6-2011.pdf

72. JAQUOTOT R. Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el sistema de salud de Aragón. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Planificación y Aseguramiento; 2005.
73. Comisión de Violencia Sexual del Observatorio Municipal contra la Violencia de Género del Ayuntamiento de Madrid. Protocolo de actuación coordinada de los organismos competentes en materia de agresiones sexuales. Madrid: Área de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid; 2010.
74. GRAU CANO J, SANTIÑÀ VILA M, RÍOS GUILLERMO J, CÉSPEDES LACIA F, MARTÍNEZ GALILEA B. Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. *Gac Sanit. Elsevier España, S.L.*; 2011;25 (2):166–9.
75. COSAI Project. European Guidance on Sexual Assault Interventions. London: Comparing Sexual Assault Interventions (COSAI) project; 2013.
76. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
77. MIYAMOTO S, DHARMAR M, BOYLE C, YANG NH, MACLEOD K, ROGERS K, et al. Impact of telemedicine on the quality of forensic sexual abuse examinations in rural communities. *Child Abuse Negl.* 2014 Sep;38 (9):1533–9.
78. World Health Organization. Violence against women. A priority health issue [Internet]. Geneva: WHO; 1997 [cited 2015 Oct 31]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/154.pdf
79. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
80. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ J. Violencia sobre la mujer. Dilemas éticos en la práctica asistencial. *Rev Med Gen y Fam.* 2009;117:209–14.
81. Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
82. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Madrid; 2011.
83. ZAPARDIEL GUTI I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía Práctica de Urgencias en obstetricia y ginecología. 2008. 1-177 p.
84. Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
85. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

86. VEGA VEGA C, NAVARRO ESCAYOLA E, EDO GIL JC. Protocolo de actuación médico-forense en los delitos contra la libertad sexual. *Rev Española Med Leg. Elsevier*; 2014;40 (3):120–8.
87. EOGAN M, MCHUGH A, HOLOHAN M. The role of the sexual assault centre. *Best Pr Res Clin Obs Gynaecol*. 2013;27:47–58.
88. GIRARD AL, SENN CY. The Role of the New «Date Rape Drugs» in Attributions About Date Rape. *J Interpers Violence*. 2008;23 (1):3–20.
89. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Instructivo para la documentación fotográfica digital en la investigación de delitos sexuales y lesiones personales. Bogotá: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia; 2006.
90. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
91. FRANK MW, BAUER HM, ARICAN N, FINCINCI SK, IACOPINO V. Virginity examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality. *JAMA*. 1999;282 (5):485–90.
92. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006 [cited 2015 Oct 30]; Available from: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
93. Faculty of Forensic and Legal Medicine (FFLM). Consent from patients who may have been seriously assaulted Academic Committee of the FFLM. 2011 [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://fflm.ac.uk/upload/documents/1311675189.pdf>
94. Office of the Attorney General. Sexual assault: An Acute Care Protocol for Medical/Forensic Evaluation [Internet]. 8 ed State of New Hampshire.; 2015 [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://doj.nh.gov/criminal/victim-assistance/documents/acute-care-protocol.pdf>
95. LOWETT J, KELLY L. Different systems, similar outcomes? Tracking attrition in reported rape cases across Europe London; 2009 [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/197/different>
96. ALBERTIN P. Psicología de la victimización criminal. In: Soria M, Saíz D, editors. *Psicología criminal*. Alcala de Henares. Madrid: Pearson Educación; 2006. p. 245–76.
97. Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses.
98. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. [Internet]. Departamento de Sanidad. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2008 [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://2011.elmedicointeractivo.com/cclinicospn/pdf/11.pdf>

99. RAVACHE-QUIRINY J. Medical-legal aspects in sexual assault matters. *Rev Med Liege*. 2000;55 (7):708–14.
100. MCCONKEY TE, SOLE ML, HOLCOMB L. Assessing the female sexual assault survivor. *Nurse Pract*. 2001;26 (7 Pt 1):28–30, 33–4, 37–9; quiz 40–1.
101. CYBULSKA B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27 (1).
102. LEVEL S; DALIGAND L; DORAY S; DUBRET G; GIRODET D; HO-CHART F; et al. *Le praticien face aux violences sexuelles*. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2000.
103. BALTZER F, FRAPPIER J-Y, GINGRAS F, TRENT D. *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010.
104. KVIKTO LA. La violación. Peritación Médico Legal en las presuntas víctimas del delito. Segunda. Editorial Trillas, editor. México; 1991. 37-40 p.
105. CAMPBELL R, RAJA S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence Vict*. 1999;14 (3):261–75.
106. ELLIS CD. Male rape—the silent victims. *Collegian*. 2002;9 (4):34–9.
107. NEWTON M. The forensic aspects of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27 (1):77–90.
108. SÁNCHEZ F, VALVERDE-GRIMALDI A, VILLALOBOS A. La exploración de una víctima de agresión sexual con fines periciales. *Emergencias*. 1997;9 (5):302–6.
109. COBO JA. *Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica*. Ministerio de Justicia, Secretaria General Técnica. 2005.
110. KVIKTO LA. Agresión sexual. Morfología del himen y signos de desfloración. Diagnóstico de la penetración o introducción de objetos anal y vaginal. In: Bosch, editor. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IV)*. Barcelona; 2012. p. 301–31.
111. World Health Organization. WHO | Clinical management of rape survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. World Health Organization; 2004 [cited 2015 Oct 18]; Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencias/924159263X/en/>
112. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings (English) | IASC 2005* [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://interagency.org/>

- gencystandingcommittee.org/gender-and-humanitarian-action-0/documents-public/guidelines-gender-based-violence-interventions-7
113. TAYLOR T. Extending the Time to Collect DNA in Sexual Assault Cases. *NIJ J.* 2010;267.
 114. SWGDAM. Interpretation Guidelines for Y-Chromosome STR Typing by Forensic DNA Laboratories 2014. [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: https://www.thermofisher.com/content/dam/Life-Tech/Documents/PDFs/SWGDAM_YSTR_Guidelines_APPROVED_01092014_v_02112014_FINAL.pdf
 115. BALLANTYNE J. DNA Profiling of the semen donor in extended interval post-coital samples [Internet]. Department of Justice, National Institute of Justice. 2013 [cited 2015 Oct 18]. Available from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/241299.pdf>
 116. INGEMANN-HANSEN O, CHARLES AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27 (1):91–102.
 117. 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.
 118. BROWNLOW RJ, DAGNALL KE, AMES CE. A Comparison of DNA Collection and Retrieval from Two Swab Types (Cotton and Nylon Flocked Swab) when Processed Using Three QIAGEN Extraction Methods. *J Forensic Sci.* 2012;57 (3):713–7.
 119. BENSCHOP CCG, WIEBOSCH DC, KLOOSTERMAN AD, SIJEN T. Post-coital vaginal sampling with nylon flocked swabs improves DNA typing. *Forensic Sci Int Genet.* 2010;4 (2):115–21.
 120. LEBEAU M, ANDOLLO W, HEARN WL, BASELT R, CONE E, FINKLE B, et al. Recommendations for toxicological investigations of drug-facilitated sexual assaults. –PubMed– NCBI. *J Forensic Sci.* 1999;44:227–30.
 121. INGEMANN-HANSEN O, BRINK O, SABROE S, SØRENSEN V, CHARLES AV. Legal aspects of sexual violence-Does forensic evidence make a difference? *Forensic Sci Int.* 2008;180 (2-3):98–104.
 122. JÄNISCH S, MEYER H, GERMEROTT T, ALBRECHT U-V, SCHULZ Y, DEBERTIN AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med.* 2010;124 (3):227–35.
 123. TIFFON B, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ J, ARROYO A. Pautas de actuación. *Manual de actuación profesional en psicopatología clínica, criminal y forense.* Bosch. Barcelona; 2009. p. 141–216.
 124. LEBEAU MA. Toxicological Investigations of Drug-Facilitated Sexual Assaults. *Forensic Science Communications.* 1999.

125. GARCÍA-CABALLERO C, CRUZ-LANDEIRA A, QUINTELA-JORGE Ó. Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid) durante los años 2010, 2011 y 2012. *Rev Española Med Leg. Elsevier*; 2014;40 (1):11–8.
126. XIFRÓ A, BARBERÍA E, PUJOL A, ARROYO A, BERTOMEU A, MONTERO F. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. *Rev Española Med Leg. Elsevier*; 2013 Jan 1;39 (1):32–6.
127. VEGA P (coord). Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Ministerio de Justicia. Madrid; 2012;
128. KINTZ P. Soumission chimique: prise en charge toxicologique. *Ann Toxicol Anal.* 2003;15 (4):239–42.
129. SHBAIR MKS, LHERMITTE M. Drug-facilitated crimes: Definitions, prevalence, difficulties and recommendations. A review. *Ann Pharm Françaises.* 2010 May;68 (3):136–47.
130. United Nations Office on Drugs and Crime, Laboratory and Scientific Section (UNODC/LSS). Guidelines for the Forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts [Internet]. New York: United Nations; 2011 [cited 2015 Oct 18]. Available from: https://www.unodc.org/documents/scientific/forensic_analysis_of_drugs_facilitating_sexual_assault_and_other_criminal_acts.pdf
131. COULTER K. California medical protocol for examinationi of sexual assault and child sexual abuse victims [Internet]. Office of Criminal Justice; 2001 [cited 2015 Oct 18]. Available from: http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/california_medical_protocol_2001.pdf
132. American College of Emergency Physicians. Evaluation and management of the sexually assaulted or sexually abused patient. Dallas, Texas: American College of Emergency Physicians; 1999 [Internet] [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://www.acep.org/workarea/DownloadAsset.aspx?id=8984>
133. LUCE H, SCHRAGER S, GILCHRIST V. Sexual assault of women. *Am Fam Physician.* 2010 Feb 15;81 (4):489–95.
134. GOODMAN L, ROSENBERG S, MUESER K, DRAKE R. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull.* 1997 Jan;23 (4):685–96.

135. Fundación Carmen Pardo-Valcarce [Internet]. [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://pardo-valcarce.com/>
136. HAM C. Reducing Language Barriers to Combating Domestic Violence: The Requirements of Title VI [Internet]. [cited 2015 Oct 1]. Available from: http://www.vawnet.org/summary.php?doc_id=1621&find_type=web_sum_GC
137. PILLAI M, PAUL S. Facilities for complainants of sexual assault throughout the United Kingdom. *J Clin Forensic Med.* 2006 May;13 (4):164–71.
138. HIDALGO A, GONZÁLEZ J, DÍAZ J, DE SANTIAGO A. Agresiones sexuales. Protocolo de abordaje multidisciplinar. [Internet]. *El Médico.* Semergen; 2007 [cited 2015 Oct 18]. p. 52–7. Available from: <http://2011.elmedicointeractivo.com/cclinicasn/pdf/11.pdf>
139. Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
140. Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal.
141. COSAI Project. Training Programme on Multisectoral Sexual Assault Interventions for Women Trainer’s Manual. London: Comparing Sexual Assault Interventions project; 2013.
142. BLACK MC, BASILE KC, SMITH SG, WALTERS ML, MERRICK MT, CHEN J, STEVENS MR. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010 Summary Report. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2011;1–124.
143. CLARAMUNT MC, VEGA M, CHAVARRÍA I. Atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual [Internet]. *Ipas.* Managua. [cited 2015 Oct 17]. Available from: [http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Buenas Pr%C3%A1cticas en servicios de salud violencia sexual.pdf](http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20servicios%20de%20salud%20violencia%20sexual.pdf)
144. STEWART DE, AVILES R, GUEDES A, RIAZANTSEVA E, MACMILLAN H. Latin American and Caribbean countries’ baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BMC Public Health.* 2015;15 (1):665.
145. Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito. 2015.
146. Real Decreto 355/2014, de 16 de mayo, por el que se crea y regula el Consejo Médico Forense.

ANEXOS

ANEXO I. PERCEPCIÓN SOBRE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES DE OTROS SERVICIOS

INSTITUTOS REGIONALES CON DIRECTRICES COMUNES	
Puntos fuertes	Coordinación y armonización de la actuación.
	Colaboración e inmediatez en los reconocimientos por los servicios médicos y policía.
	Disponibilidad y entrega.
Puntos débiles y áreas a mejorar	Lentitud en la tramitación de los expedientes
	La recogida de evidencias en el lugar de los hechos por parte de la policía científica y el destino analítico de dichas evidencias con otras evidencias o muestras recogidas a la víctima.
	Sin formación específica en el trato con víctimas de agresión sexual
INSTITUTOS PROVINCIALES O REGIONALES UNIPROVINCIALES	
Puntos fuertes	Coordinación, fluidez, protocolización, confidencialidad, respeto.
	Atención inmediata.
	Disponibilidad y rapidez.
	La actuación de todos los Servicios está encaminada a intentar identificar al agresor y probar la agresión denunciada y a ello dirigen fundamentalmente todos sus esfuerzos.
	Adecuada atención desde el estamento judicial incluso sin denuncia de la víctima. Desde el punto de vista médico atención preferente y adecuada coordinación con los servicios forenses. Buena coordinación con los cuerpos policiales en cuanto a trasmisión de información para favorecer la investigación y el análisis de las muestras.
	En general la investigación policial y el trato de éstos a las víctimas es satisfactorio, al igual que los asesoramientos y representación por parte de los abogados.
	Formación de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado que atiende las denuncias.
	La atención policial y sanitaria es muy buena, y la judicial cuando existe también. (Hay casos de intervención Policial y del Médico forense en los que no interviene el Juzgado porque al final no presentan denuncia).
	Inmediatez, profesionalidad, respeto por las víctimas e información a las víctimas.
	Los servicios judiciales y los servicios médicos dan respuesta oportuna y adecuada, casi siempre, al tema profesional que les atañe. Ello no siempre coincide con la necesidad de la víctima.
	Ha mejorado la concienciación en el trato a la víctima. Mejorar la sensibilidad en el trato, así como dar información correcta para no victimizar en exceso.

INSTITUTOS PROVINCIALES O REGIONALES UNIPROVINCIALES	
Puntos fuertes	El Juzgado procede ante la denuncia siguiendo los pasos rutinarios, habituales en este tipo de procedimientos. Los médicos forenses realizamos los reconocimientos con la urgencia necesaria para objetivar las lesiones y tomar las muestras informando en todo momento al Juzgado de los resultados recogidos.
	La disponibilidad de medios de los servicios médicos.
	Atención personalizada y rápida.
	Se realiza el reconocimiento de forma conjunta entre médico forense y especialista en ginecología. Se ha modificado la recogida de muestras y su envío a un único laboratorio.
	Solo Salud actúa adecuadamente e IML. Ambas instituciones trabajan conjuntamente, de hecho, desde el Instituto se informa a la Consejería de Salud frecuente y periódicamente en este tema y en violencia de género. Salud dicta instrucciones de funcionamiento de obligado cumplimiento para sus centros. No obstante, hay que repetir la formación en los centros por la movilidad del personal.
Puntos débiles y áreas a mejorar	Falta de medios materiales. En ocasiones, cierto tiempo de espera para los reconocimientos, en función de las necesidades de los Servicios de Urgencias Ginecológicas.
	Dilación en el tiempo de las causas judiciales.
	Descoordinación.
	Aunque ha mejorado la praxis, persisten actuaciones que favorecen la victimización secundaria y a paliar esta creo que deben dirigirse las actuaciones de mejora: tratamiento de la víctima por personal especializado, áreas que garanticen la confidencialidad en los distintos Servicios...
	Imposibilidad de acceso a servicios de trabajo social fuera de horario de la administración porque no tienen servicio de guardia.
	Algunos servicios policiales disponen de unidades especializadas en agresiones sexuales. Los servicios médicos no disponen de esas unidades.
	La falta de adecuada intimidad en la recogida de información (declaración de víctima en distintos estamentos); debería facilitarse, con carácter general, una atención más reservada de cara a una mayor protección social.
	Coordinación entre Policía y Guardia Civil ya que en muchas ocasiones la víctima acude directamente al Hospital, que está en una ciudad y depende de policía y los hechos han ocurrido en zona rural que depende de guardia civil. Nosotros consideramos que la investigación la debería llevar desde el primer momento el Juzgado que sea competente, donde hayan ocurrido los hechos ya que de no ser así la información no se transmite de forma adecuada.
	Instalaciones en juzgados para atención a víctimas.
Toma y análisis de muestras entre policía e IML.	

ANEXO II. COMENTARIOS PARA LA MEJORA DE LA COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS

INSTITUTOS REGIONALES CON DIRECTRICES COMUNES	
Aspectos generales	Mejorar la sensibilidad en lo relativo a la victimización secundaria, tan frecuente en este tipo de delitos. Formación en cuanto al trato con las víctimas, especialmente con los menores.
	Peticiones de valoración integral prácticamente inexistentes. Habría que asignar a cada colectivo –policial y médicos forenses– determinados ítems de su competencia para valorar riesgo de nuevas agresiones.
Servicios Psicosociales	Tenemos poco contacto o ninguno con los equipos psicosociales.
Servicios Legales	Con los servicios legales (abogados), el contacto es mínimo.
INSTITUTOS PROVINCIALES O REGIONALES UNIPROVINCIALES	
Aspectos generales	Trabajo coordinado y adecuado en la atención inicial. Habría que mejorar en cuanto al seguimiento coordinado (valoración posterior de posibles lesiones psíquicas, curación y secuelas).
	Que se comuniquen los hechos a fin de brindar asistencia integral a la víctima desde el primer momento quiera o no quiera denunciar.
	Existe relación con el servicio de atención a víctimas dependiente de la Dirección General de Violencia de la Consejería de Justicia.
	Trabajamos periódicamente las revisiones de los protocolos con todos los que intervienen.
	Dado que existe una gran dispersión geográfica de los lugares de actuación médico forense, es recomendable la centralización, con la implementación de servicios para que estos desplazamientos no supongan un impedimento para la correcta atención de la víctima. No existe, o es escasa, la interconexión/coordinación de servicios judiciales/policiales con los servicios extrajudiciales.
	Se debería mejorar el trabajo que se realiza con los servicios judiciales (entendiendo por estos el Juzgado), los servicios médicos y con la Policía. Deben mejorar mucho el trabajo con los servicios psicosociales y con los servicios legales; desconocemos qué pasos ha realizado la víctima tras nuestro reconocimiento.
	Tal vez lo ideal sería un protocolo conjunto.
	Habría que tener un protocolo por escrito para que cada uno de estos servicios sepa cuando y de qué manera tiene que intervenir ya que actualmente hay buena voluntad pero falta coordinación sobre todo en los casos que acuden al hospital de referencia desde otros Partidos Judiciales.

INSTITUTOS PROVINCIALES O REGIONALES UNIPROVINCIALES	
	Habría que mejorar la comunicación con la Oficina de Atención a la Víctima.
	Es importante que la mujer relate lo que ha sucedido una sola vez y que cuando comience a explicarlo en Urgencias Sanitarias, se avise al Juzgado de Guardia y este al Médico Forense para que no haya revictimización en el propio relato. Esta coordinación se realiza cada vez mejor. Solo se explora a la mujer en un servicio de ginecología centralizado (4 en la provincia).
Servicios Judiciales	Coordinación con servicios judiciales y policiales para evitar la victimización secundaria (evitar reiteración de declaraciones de la víctima sobre los hechos).
	Que abran diligencias desde la llamada hospitalaria.
Servicios Médicos	Servicios médicos, cursos de formación del personal sanitario para actuar ante un caso de supuesta agresión sexual.
	En ocasiones no se comunican algunos casos desde el Hospital al forense o policía, alguna vez ha venido diferido algún caso al juzgado cuando ya no se pueden recoger muestras válidas. Posiblemente ha sido porque la víctima no haya referido en su momento haber sido agredida sexualmente.
Servicios Psicosociales	No hay contacto con los servicios psicosociales.
	Los servicios sociales son independientes y no se relacionan con otros servicios.
Policía	Coordinación con servicios judiciales y policiales para evitar la victimización secundaria (evitar reiteración de declaraciones de la víctima sobre los hechos).
	Que tomen la declaración «in situ» en la exploración primaria verbal con el médico forense y ginecólogo de guardia. Más rapidez en la asistencia a la declaración.
	Se coordina el envío de muestras con el cuerpo policial interviniente según convenga enviando todas las muestras a un mismo centro, se decide donde se hacen los estudios toxicológicos en función de las necesidades con los servicios asistenciales.
	Mayor coordinación con la toma y análisis de muestras.
	Trabajan mejor con el Cuerpo Nacional de Policía. Habría que mejorar la Guardia Civil de las poblaciones pequeñas, los servicios sociales y de menores.
	Habría que mejorar con Policía y Guardia Civil es fundamental ya que pueden servir de filtro, obtener la información de interés, ponerla en conocimiento del Órgano Judicial competente y que éste ordene en caso necesario el reconocimiento médico forense.
Servicios Legales	Con los servicios legales se mantiene poco contacto.
	No existe interacción con servicios legales.

ANEXO III. EVALUACIÓN GLOBAL Y PROPUESTAS DE MEJORA DE CARÁCTER GENERAL

ÁREAS DE ACCIÓN	QUÉ SE PROPONE	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
Coordinación de ámbito nacional. Seguimiento clínico, físico y emocional. Valoración médico-forense de secuelas psíquicas.	Comisiones de estudio. Sensibilización del personal sanitario, judicial y médico forense.	Ministerio de Justicia. Consejerías de Justicia.
Coordinación.	Evitar la reiteración en los reconocimientos o que un posible caso de agresión sexual a menor (dudoso) se retrase en los servicios sociales, que investigan por su cuenta.	Director del IML.
Desarrollo del protocolo de actuación conjunta. Formación especializada.	Formalización, planificación y coordinación de todas las actividades y servicios en torno a la víctima de agresión sexual. Mejora en la prestación del servicio a las víctimas.	Fiscalía Superior.
Mejora de instalaciones y zonas de atención independientes.	Garantizar intimidad de las víctimas y no victimización.	Ministerio de Justicia. Consejerías de Justicia.
Podría considerarse que el forense trabaje siempre con diligencias abiertas. Reunión periódica para valorar la evolución de los procedimientos judiciales iniciados, cómo se está atendiendo a las víctimas, su seguimiento y evolución.	Que haya un control exhaustivo de la información que puede proporcionarse a los procedimientos judiciales en el sentido de ampliar informes en cuanto a lesiones y secuelas en caso de que aparezca daño psíquico retardado, sobre todo en menores de edad.	El Instituto de Medicina Legal es el organismo idóneo por integrar los contactos de forma más adecuada con todos los operadores en el procedimiento.
Actuaciones encaminadas a evitar la victimización secundaria.	Mejorar la actuación coordinada de los distintos Servicios.	Un representante de cada Servicio implicado.
Fomentar la actuación entre los distintos agentes sociales.	Reuniones conjuntas de evaluación.	Ministerio de Justicia.
Unificar criterios de actuación.		

ÁREAS DE ACCIÓN	QUÉ SE PROPONE	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
Formación de la Policía de base.	Enseñar las implicaciones legales, las actuaciones médicas y de los psicólogos; especialmente el interrogatorio de las víctimas para evitar la victimización.	Médico Forense.
Formación: Especialización. Interrelación con otros servicios.	Formación en servicios médicos. Creación servicios especializados. Centralización de reconocimientos.	Servicios médico-legales. Distintos servicios. Sanidad, Justicia y FCCSE
Formación conjunta de todos los intervinientes. Intercambio de información para intentar reducir el número de veces que la víctima debe explicar los hechos.		
Coordinación desde el conocimiento de los hechos hasta la respuesta por parte del juzgado.	Un protocolo con los pasos a seguir para que independientemente de dónde ocurra se sepa cómo actuar.	El juez con el asesoramiento del IML.
Sería conveniente mejorar la coordinación y minimizar las actuaciones judiciales.	Evitar la reiteración en el relato de los hechos por parte de la víctima.	Policía, forenses, ginecólogos.
Incrementar la formación.	Dar mayor soporte formativo a las personas implicadas.	El organismo judicial.
	<p>Establecer un protocolo común para el Instituto para unificar información y modelo de informe.</p> <p>Documento de consentimiento informado escrito en los Servicios Asistenciales de Ginecología.</p> <p>Disponer del material completo de reconocimiento conjunto para víctimas de agresión sexual en los Servicios Asistenciales de Ginecología.</p>	Director del IML y Jefe de Servicio de Ginecología

ANEXO IV. ASPECTOS A MEJORAR EN EL SERVICIO

INSTITUTOS REGIONALES CON DIRECTRICES COMUNES
La información en general de cómo actuar en estos casos y un seguimiento más exhaustivo después del primer reconocimiento a la víctima.
La inmediatez en los reconocimientos. El seguimiento médico-forense de la víctima. La recepción de los resultados analíticos.
Protocolo, actuación coordinada y elaboración de informe normalizado.
INSTITUTOS PROVINCIALES O REGIONALES UNIPROVINCIALES
Continuidad.
Coordinación con demás equipos.
Información adecuada a la víctima sobre el sentido del reconocimiento y sus fases.
Información adecuada sobre posteriores reconocimientos.
Mejorar continuamente la coordinación y formación de personal.
Facilitar kits de recogidas. Mejorar los servicios sociales post-intervención.
Formación y concienciación.
Guía de obligado cumplimiento completa y de calidad para el personal forense a nivel nacional y autonómico. Homogenización de procedimientos.
En los casos en los que se trata de un caso de violencia de género con derivación a la UVIVG desde la Guardia por precisarse la detección de un proceso de violencia crónica, existe una valoración integral y óptima, dado que la cita se realiza con un mes o dos de plazo posterior para poder valorar todos los aspectos relacionados.
Cuando el caso es derivado a la Psicóloga Forense por tratarse de un menor de edad o por verse oportuno un estudio psicológico específico, si existen indicadores de daño psicológico tras dicha valoración por parte de las Psicólogas Forenses, el Médico Forense puede ampliar su Informe o elaborarlo de forma más concluyente sobre la existencia de una lesión psíquica, que en Urgencias no se ha podido detectar; pero el equipo psicossocial tiene una dinámica de trabajo muy lenta.
La existencia de directorios de servicios y organismos para derivación que faciliten la información a las víctimas sobre la ayuda que pueden solicitar y dónde.
La evaluación periódica del Servicio que se presta en casos de agresión sexual y los problemas que se plantean.
Que la denuncia o la demanda de asistencia médica se realizara en tiempo y no transcurridos varios días o meses.
Actualmente funciona bien tanto para las usuarias como para los Juzgados.
Mejorar los canales de conocimiento del caso para evitarle revivir el suceso a la víctima.

INSTITUTOS PROVINCIALES O REGIONALES UNIPROVINCIALES
<p>Centralización de los reconocimientos en 1-2 hospitales. Esto supone una mejora notable de las condiciones del reconocimiento y una mayor especialización de todo el personal interviniente (médico, policial, sanitario, etc.).</p> <p>En ocasiones hay que desplazar a la víctima muchos kilómetros con todo lo que conlleva (aumento del tiempo de espera, molestia a la víctima y familiares, desplazamiento del personal policial, etc.).</p>
<p>Dependiendo del perfil y de las circunstancias de la víctima, cada una podría necesitar una cosa distinta.</p> <p>La atención a la víctima y acompañamiento por personas que le den seguridad y apoyo, en tanto en cuanto se resuelvan los primeros momentos, consistentes en la denuncia y trámites legales.</p>
<p>Al menos las necesidades de tipo médico; además se proporciona información de otras instancias que puedan proporcionar ayuda más específica.</p> <p>Disponer de información por escrito, documento de consentimiento, realizar cursos de formación, asignación de médicos con adecuada formación para prestar servicio de esta naturaleza; mejorar las relaciones y coordinación de actuación entre instituciones/ servicios que de algún modo prestan asistencia a víctimas de agresión sexual.</p>

ANEXO V. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA LA MEJORA DEL SERVICIO

ÁREAS DE ACCIÓN	QUÉ SE PROPONE	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS / TIEMPO DE EJECUCIÓN
Protocolo de seguimiento de víctimas. Comisión de calidad.		Director IML. Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense.	
Sesión clínica general para recordar protocolo. Reuniones de coordinación con los demás servicios.	Mejorar coordinación. Mejorar el conocimiento del protocolo médico-forense. Mejorar seguimiento.	Director IML.	Tiempo y dedicación.
Reuniones de coordinación.	Información a víctimas antes, durante y después.	Sanitarios y forenses.	Corto plazo.
Conocer los resultados de la investigación sanitaria de ETS.			
Implantación del nuevo protocolo. Desarrollo de informe normalizado. Coordinación con otros estamentos.	Homogeneidad en la investigación y unificación de criterios. Mejora de la prestación del servicio a las víctimas desde una visión global.	Jefe de Servicio de Clínica forense. Dirección.	El protocolo está en vías de aprobación. El informe normalizado depende del desarrollo de la aplicación informática. La coordinación está en espera del impulso que tiene que venir del actor principal, en nuestro caso Fiscalía Superior.

ÁREAS DE ACCIÓN	QUÉ SE PROPONE	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS / TIEMPO DE EJECUCIÓN
La evaluación periódica del Servicio.	<p>Detectar los problemas que se plantean.</p> <p>Revisión de Protocolos de actuación.</p> <p>Coordinación con otros Servicios.</p>	<p>Director IML</p> <p>Jefe de Servicio de Clínica.</p>	<p>Resolución de encuesta dirigida a los médicos forenses que practican los reconocimientos en la que se recojan las actuaciones que se realizan y las dificultades con las que se encuentran de forma específica según el caso.</p>
Formación continuada.	<p>Formación on-line continuada con envío de bibliografía de referencia a las zonas.</p> <p>Suscripción a páginas web especializadas.</p>	<p>Escuela Judicial.</p> <p>Ministerio de Justicia.</p>	<p>Los recursos personales y materiales están disponibles. Implicaría mejora de la calidad de los servicios, inmediatez en la formación, uniformidad de la misma en todas las zonas.</p>
Concienciación de emitir denuncia inmediata tras haber sufrido agresiones sexuales.	<p>Concienciación y facilitar información para denunciar en tiempo y forma.</p>	<p>Todos los colectivos implicados.</p>	<p>Contamos con recursos dotados al IML (kit agresiones sexuales) y todos los necesarios aportados por centros sanitarios (documentación, asistencia médico-sanitaria) y colaboración por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.</p>

ÁREAS DE ACCIÓN	QUÉ SE PROPONE	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS / TIEMPO DE EJECUCIÓN
<p>Actualizar y difundir protocolos.</p> <p>Coordinar con otras instituciones.</p> <p>Unificar recogida, custodia, traslado y envío de muestras.</p> <p>Unificar informes médico forenses.</p>	<p>Mejorar la asistencia a las víctimas de agresiones sexuales.</p>	<p>El Director/a del IML y los responsables de las instituciones Judiciales, Sanitarias, de los Servicios Sociales y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.</p>	
<p>Protocolo de actuación desde el conocimiento del hecho hasta el informe final.</p>	<p>Que el juzgado competente lleve el caso desde el primer momento. Evitarle interrogatorios reiterativos a la víctima (disponer antes del reconocimiento forense de los datos relevantes de la investigación policial). Que todas las muestras (biológicas, materiales...) sean remitidas por el IML al mismo laboratorio (INTCF).</p>	<p>Juez, IML.</p>	<p>No precisa de recursos materiales sino de un trabajo en colaboración.</p>
<p>Se debería realizar un protocolo respecto a las necesidades que podría tener la víctima en los momentos posteriores a la agresión.</p>	<p>Los Institutos a través de un trabajador social podrían realizar un papel de acompañamiento y apoyo de la víctima en las 24 o 48 horas posteriores a los hechos.</p>	<p>El Director del Instituto de Medicina Legal o persona que él designe como idóneo para ello.</p>	<p>En el momento actual no se tienen recursos para ello.</p> <p>Se necesitaría personal concreto para este tipo de actuaciones y el tiempo de ejecución debería limitarse a las 24 o 48 horas posteriores a los hechos.</p>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista *Ciencia Forense* considera para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Medicina Forense en sus distintas áreas (Derecho Médico y Deontología, Tanatología, Patología Forense, Sexología Forense, Medicina Legal en la Infancia, Psiquiatría Forense, Genética Forense, Odontología Forense, Medicina Legal Laboral y Toxicología Forense).

2. La revista se dividirá en las siguientes secciones:

- REVISIONES. Artículos en los que se realice una puesta al día sobre temas de actualidad o de gran interés para la comunidad forense. Serán trabajos encargados por el Comité de Redacción. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta sección pueden solicitarlo al director de la revista.
- ORIGINALES. Trabajos de investigación sobre cualquier tema de interés médico-legal.
- ORIGINALES BREVES. Trabajos de investigación o bien exposición de casos, que por sus características puedan ser publicados de forma abreviada. Deberán tener una extensión máxima de hasta 8 páginas DIN A-4, incluidas las tablas, figuras y referencias bibliográficas.
- OPINIÓN Y CUESTIONES A DEBATE. La revista brinda una oportunidad en esta sección al intercambio y a la discusión de ideas y opiniones sobre cuestiones polémicas o que necesiten de una reflexión profunda. Cualquier autor que espontáneamente desee colaborar en esta sección puede solicitarlo al director de la revista. La estructura del trabajo no ha de seguir el esquema que se exige en el caso de un artículo original de investigación.
- Otras secciones (NOTICIAS, CALENDARIO DE ACTIVIDADES, NOVEDADES EDITORIALES, etc.).

3. Los trabajos que se envíen para su publicación en la revista, habrán de ser inéditos y no estar pendientes de publicación en otra revista.

4. Se remitirán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel DIN A-4, con 30 a 35 líneas de entre 60 y 70 espacios en cada página.

5. Se presentarán por triplicado, incluyendo tres copias de la iconografía y una copia en disquete indicando el nombre del primer autor, inicio

del título y programa utilizado. Serán precedidos de una hoja en la que se haga constar: título del trabajo, nombre del autor (o autores), dirección, número de teléfono y de fax; así como dirección de correo electrónico, si procede, situación académica o profesional y nombre de la institución académica a la que pertenece. Se acompañará de una carta de presentación en la que se solicita el examen de los mismos y la sección de la revista donde desearía que se publicase; en ella debe exponerse claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la revista *Ciencia Forense*, de la Institución «Fernando el Católico».

TEXTO

Se recomienda la redacción de texto en estilo impersonal. Se estructurará el trabajo en los siguientes apartados: Resumen, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión y Bibliografía.

RESUMEN

Debe adjuntarse en español y en inglés. La extensión del resumen no ha de superar las 250 palabras, ni ser inferior a 150. El contenido del resumen estructurado para los originales se divide en cuatro apartados. Introducción, Material y Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se ha de escribir, respectivamente, el problema motivo de investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de estos resultados. Al final del resumen deben figurar hasta 6 palabras clave de acuerdo con Medical Subject Headings de Index Medicus.

INTRODUCCIÓN

Será breve y debe proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras. Debe incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara el o los objetivos del trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se indica el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección, las técnicas utilizadas, proporcionando detalles suficientes para que el estudio pudiera repetirse sobre la base de esta información. Se han de escribir con detalle los métodos estadísticos.

RESULTADOS

Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado. Estos datos se complementan con tablas y figuras, considerando que no ha de repetirse en el texto la misma información.

DISCUSIÓN

Los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan el significado y aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados, la relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo y las indicaciones y directrices para futuras investigaciones. Por otra parte debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y se repitan los conceptos que han aparecido en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Cuando se considere necesario se citarán personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales, también deben figurar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán según orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita entre paréntesis, vaya o no vaya acompañado del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos y si se trata de varios se citará el primero seguido por la expresión *et al.*

En lo posible se evitarán las frases imprecisas como citas bibliográficas. No pueden emplearse como tales «observaciones no publicadas» ni «comunicación personal», aunque sí se pueden incluir así en el texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre las páginas inicial y final. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas:

Artículos de revista:

- CAPLAN RM. A fresh look at some lab ideas in counting medical education. *Möbius* 1983, 3 (1): 55-61.

Libros:

- CAMPBELL DT, STANLEY JC. *Experimental and quasi experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally and Company, 1963.

6. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Se aceptarán diapositivas o fotografías en blanco y negro, en casos especiales y previo acuerdo con los autores, se aceptarán diapositivas en color. El tamaño será 9x12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor; con una flecha se señalará la parte superior; debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Las ilustraciones se presentarán por separado, dentro de un sobre; los pies de las mismas deben ir mecanografiados en hoja aparte. Siempre que se considere necesario se utilizarán recursos gráficos para destacar la parte esencial.

7. Las gráficas (hasta un máximo de seis) se obtendrán a partir del ordenador con impresión de alta calidad. Se tendrá en cuenta las mismas normas del apartado anterior. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras.

8. Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: la numeración de la tabla con caracteres arábigos, enunciado correspondiente; una tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones, las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente. La revista admitirá tablas que ocupen como máximo una página impresa de la misma. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla las técnicas empleadas y el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

9. El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Siempre que el Comité sugiera modificaciones, los autores deberán remitir, junto con la nueva versión del artículo y tres copias, una carta que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas, tanto las sugeridas por el propio Comité como las que figuran en los informes de los expertos consultados.

REVISTA CIENCIA FORENSE

NÚMEROS PUBLICADOS:

Volumen 1 (1998):
MONOGRÁFICO «MUERTE SÚBITA»

Volumen 2 (1999):
MONOGRÁFICO «MALOS TRATOS EN LA INFANCIA»

Volumen 3 (2001):
MONOGRÁFICO «MEDICINA LEGAL Y GERIATRÍA»

Volumen 4 (2002):
MONOGRÁFICO «DELITOS SEXUALES»
SECCIÓN ESPECIAL:
AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I

Volumen 5-6 (2003-2004):
MONOGRÁFICO «DROGODEPENDENCIAS Y MEDICINA LEGAL»
SECCIÓN ESPECIAL:
AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I (cont.)

Volumen 7 (2005):
MONOGRÁFICO «ODONTOLOGÍA FORENSE»

Volumen 8 (2007):
MONOGRÁFICO «ENTOMOLOGÍA FORENSE» I

Volumen 9-10 (2009-2010):
MONOGRÁFICO EN HOMENAJE AL PROF. J. L. ROMERO PALANCO
«PRESENTE Y FUTURO DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA LEGAL Y FORENSE
EN ESPAÑA»

Volumen 11 (2014):
MONOGRÁFICO: ENFERMEDAD PROFESIONAL
ARTÍCULOS ORIGINALES

Volumen 12 (2015):
MONOGRÁFICO «ENTOMOLOGÍA FORENSE» II

* * *

COLECCIÓN «ORFILA ROTGER»

Número 1:
González- Andrade F, Martínez-Jarreta B.
Técnicas Instrumentales en Genética Forense.
Zaragoza, 2001

Número 2:
Vásquez P, Martínez-Jarreta B.
Documentos Médico-legales.
Zaragoza, 2002



INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

Excma. Diputación de Zaragoza

Plaza España, 2

50071 Zaragoza (España)

CIENCIA FORENSE
Acuerdo de intercambio

Área: Medicina Legal y Forense

Directora: M.^a Begoña Martínez Jarreta

Secretario: Andrés Alcázar Crebillén

Año de fundación: 1999

Periodicidad: Anual

Formato: 17 x 24 cm

Editor: Institución «Fernando el Católico»

Zaragoza (Spain)

ISSN 1575-6793

347.6(460.22)

Intercambio de Publicaciones: Tff. (34) 976 288 878 - 288 879

E-mail: interch@ifc.dpz.es * [http:// ifc.dpz.es](http://ifc.dpz.es)

Correspondencia: Institución «Fernando el Católico», Excma. Diputación de Zaragoza, Intercambio de Revistas. Plaza de España, n.º 2. - 50071 Zaragoza (España).

Rogamos remitan este impreso cumplimentado

Revista o colección:

ISSN o ISBN Periodicidad:

Materia: Formato:

Entidad:

Dirección:

.....

CP: Ciudad: País:

Teléfono: Fax:

Referencia: E-mail:

Fecha

Firma

Fdo.:

Institución Fernando el Católico

Excma. Diputación de Zaragoza
 Plaza de España, 2
 50071 Zaragoza (España)



Tels.: [34] 976 28 88 78/79

E-mail: ventas@ifc.dpz.es
<http://ifc.dpz.es>

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A PUBLICACIONES PERIÓDICAS DE LA IFC

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anuario Aragonés de Gobierno Local | <input type="checkbox"/> Ius Fugit |
| <input type="checkbox"/> Archivo de Filología Aragonesa | <input type="checkbox"/> Jerónimo Zurita, Revista de Historia |
| <input type="checkbox"/> Caesaraugusta | <input type="checkbox"/> Nassarre |
| <input type="checkbox"/> Ciencia Forense | <input type="checkbox"/> Palaeohispánica |
| <input type="checkbox"/> Emblemata | <input type="checkbox"/> Revista de Derecho Civil Aragonés |

DATOS PERSONALES DE ENVÍO

D./Dña./Entidad:

NIF/CIF:

Domicilio:

Código Postal: Ciudad:

Provincia/País: Teléfono:

E-mail:

Forma de pago: Domiciliación bancaria

Titular de la cuenta:

Banco/Caja:

Agencia:

Domicilio:

Población:

CP: Provincia/País:

IBAN	Internacional	Entidad	Oficina	DC	Número de cuenta o libreta

Ruego se sirvan aceptar con cargo a nuestra cuenta corriente las facturas presentadas por Institución Fernando el Católico (CIF: P5090001H) a cambio de la entrega domiciliaria de los próximos números que reciba y hasta nueva orden, todo ello con un descuento del 25% sobre precio de venta al público.

Firma:



CECEL (CSIC)

