



## MEMORIA Experiencia Candidata

### 1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

### 2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud Gran Canaria

### 3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil
- Domicilio social (incluido Código Postal): Avda. Marítima del Sur s/n. 35016. Las Palmas de Gran Canaria
- CCAA: Canarias
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto<sup>1</sup>:  
Nombre y apellidos: Elena Cortés Cros  
E-mail: [ecorcro@gobiernodecanarias.org](mailto:ecorcro@gobiernodecanarias.org)  
Teléfonos: 928 444531 // 928 444818

### 4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

<input checked="" type="checkbox"/>	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
-------------------------------------	--

### 5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: Octubre 2013
- Actualmente en activo: SI
- Prevista su finalización: INDEFINIDA

### 6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) <sup>2</sup>	Atención Sanitaria
	Coordinación Intersectorial

<sup>1</sup> Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

<sup>2</sup> Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.

## 7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La violencia contra las mujeres y las niñas fue reconocida en 1976 por las Naciones Unidas como el atentado más habitual ejercido contra los derechos humanos, que afecta a un mayor número de personas y, a la vez, el menos conocido del mundo. Está presente en todas las sociedades, no sabe de culturas, clases sociales, ni de etnias. Se manifiesta de diferentes maneras y tiene lugar en múltiples espacios pero tiene una raíz única: la discriminación que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo<sup>(1)</sup>.

Naciones Unidas en 1993 define la **Violencia de Género** como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".

Por **violencia sexual** se entiende cualquier acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma. (OMS-2002) Habitualmente este tipo de violencia cuando se ejerce dentro de la pareja suele permanecer oculta y resulta más difícil su detección.<sup>(1,2,3)</sup>

En España la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal define los Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales y entre ellos se incluye la **Agresión Sexual**, definida como cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de estas vías se considerará una **violación**.

En los últimos años ha cobrado especial protagonismo por su asociación con las agresiones sexuales la **Sumisión Química (SQ)**. Consiste en "la administración de sustancias psicoactivas a una persona sin su conocimiento con el fin de provocar una modificación de su grado de vigilancia, de su estado de consciencia y de su capacidad de juicio." La mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes a las que el agresor administra una sustancia a fin de disminuir su resistencia al acto sexual.<sup>(4,5,6)</sup>

### **ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:**

Los estudios consultados de prevalencia, recogidos en el Estudio Multipaís de la Organización Mundial de la Salud (2005) indican que la violencia sexual es un problema importante y generalizado. Se estima que, en todo el mundo, una de cada cuatro mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta una tercera parte de las adolescentes, en algunos países, refiere que su primera relación sexual fue forzada.<sup>(2,3)</sup> Estudios Internacionales indican que "hasta un 17% de las agresiones sexuales podrían catalogarse como casos de Sumisión Química por exposición involuntaria de la víctima a alguna sustancia psicótica."<sup>(4)</sup>

Se desconoce, como en los otros tipos de violencia de género, la **prevalencia** real del problema en **España**. Se estima que se cursan una media de 7.000 denuncias cada año por violencia sexual en nuestro país. Según datos del Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad) en 2009 se registraron un total de 6.552 delitos conocidos de "Abuso, Acoso y Agresión Sexual", de los que 531 correspondieron a esta Comunidad Autónoma.<sup>(7)</sup> Si se tiene en cuenta que solo se denuncia alrededor de un 50 % de los casos que requieren asistencia, presumiblemente la cifra real de casos es aún más alarmante. "Es conveniente destacar que no hay datos aún en nuestro País sobre la **incidencia** de la Sumisión

Química, no porque no se produzca sino porque nunca se ha investigado. No obstante, si los datos de otros países son extrapolables al nuestro y teniendo en cuenta el elevado número de delitos conocidos de Abuso, Acoso y Agresión Sexual" que hay cada año en España, es de esperar que los casos de Sumisión Química (SQ) sean numerosos" <sup>4)</sup>.

#### JUSTIFICACIÓN:

La atención a las mujeres mayores de 14 años víctimas de delitos contra la libertad sexual, concretamente por **Agresión Sexual** que sufren presuntamente una **violación**, en el Área de Salud de Gran Canaria, se viene realizando en el Servicio de Urgencias Ginecológicas del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (**CHUIMI**).

Históricamente, en dicho servicio, se ha venido prestando la oportuna atención médica a las mujeres que acudían por una agresión sexual, emitiendo el correspondiente parte de lesiones<sup>(8)</sup> donde se describen y detallan todas las lesiones encontradas, las actuaciones realizadas y el tratamiento prescrito. Siempre ha existido una colaboración entre el Servicio de Ginecología y el Instituto de Medicina Legal de Las Palmas de Gran Canaria, cuyos profesionales se desplazan al Servicio de Urgencias, a instancias del Juzgado pertinente, cuando este es avisado de una agresión sexual. Sin embargo, este proceder habitual no tenía un documento o protocolo oficial consensuado con todas las partes implicadas en la asistencia, provocando, en algunas ocasiones, situaciones contradictorias en detrimento de la atención dispensada a la paciente y sus posteriores diligencias legales. Tal era el caso de la recogida y custodia de las pruebas, en los casos que no se personaba el médico forense, así como, el proceder con otros intervinientes como las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que se personaban en los servicios de urgencias o que venían acompañando a la víctima, la relación y el procedimiento a seguir con el Dispositivo de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (**DEMA**), que se activa a través del 112, cuando la mujer necesitaba asesoramiento u acompañamiento, etc. La información a la mujer al alta y las oportunas derivaciones para el seguimiento por Ginecología y Medicina Preventiva no estaban, así mismo, procedimentadas lo que podía suponer un detrimento en la salud de la mujer.

En un estudio descriptivo retrospectivo realizado por el Servicio de Ginecología del CHUIMI a propósito de valorar la realidad de partida y proponer mejoras se revisaron las Historia Clínicas de urgencias de las mujeres que habían acudido, en el período comprendido entre noviembre de 2010 a noviembre de 2012 con el diagnóstico de **sospecha de agresión sexual**. Se contabilizaron un total de 88 pacientes, con una edad media de 29,6 años. El 39,8% (35 casos) se trata de pacientes de nacionalidad extranjera. El 56,8% (50 casos) acuden al Servicio por iniciativa propia. El 28,4% (25 casos) acuden remitidas desde el Centro de Salud y el 6,8% (6 casos) acuden remitidas desde otro centro público. En el 35,2% de los casos (31 casos) la paciente acude acompañada por la policía y en tan sólo en el 11,4% de los casos (10 casos) no acude el médico forense para llevar a cabo el interrogatorio y la exploración física de forma conjunta con el ginecólogo. En el 75% de los casos (66 casos) se realizó parte de lesiones. En el 83% (73 casos) se llevó a cabo profilaxis de ETS y en el 70,4% (62 casos) profilaxis de futuro embarazo. En la mayoría de los casos (88,2% ; 75 casos) la paciente fue remitida a su domicilio por no precisar atención médica de ningún otro tipo. Como conclusión se determina que es necesario realizar un protocolo conjunto consensuado con jueces y forenses para mejorar la calidad de atención de estas pacientes. <sup>(10)</sup>

Los profesionales del Servicio de Urgencias Ginecológicas: ginecología, enfermería, auxiliares, celadores y administrativas del servicio de admisión de urgencias son los principales implicados en la atención a las mujeres víctimas de agresión sexual con violación o tentativa, siendo necesario mejorar y tener establecidas las actuaciones de cada uno de ellos, tanto

asistenciales como de coordinación con los demás intervinientes externos al Servicio, así como, la actitud a mantener ante esta manifestación de la violencia de género, por lo que se hacía necesario introducir la sensibilización y conocimiento al personal sanitario.

La mujer que llega al Servicio de Urgencias, tras haber sufrido presuntamente una violación, precisa de una atención e intervención adecuada e integral en condiciones de privacidad, seguridad y confidencialidad por parte del personal que la atiende. No hay que olvidar que se trata de una persona que ha vivido una situación de peligro, miedo, humillación, vergüenza, y sufre un gran choque emocional. Además, se debe tener en cuenta los contextos o situaciones que aumentan la vulnerabilidad ya que producen en ellas una mayor indefensión. Situaciones como: padecer algún tipo de discapacidad, problemas de salud mental, drogodependencias; procedencia de otros países y culturas, situación administrativa irregular, residir en entornos rurales o aislados, mujeres mayores o menores de edad, las que se encuentran en situación de exclusión social etc.<sup>(11)</sup>

Por todo lo expuesto, había que establecer todas las pautas de asistencia y atención en dicho Servicio, desde la recepción y acogida, la valoración inicial, las pautas para la exploración y recogida de muestras, realizada conjuntamente con el profesional de la medicina forense, la actuación ante nuevas situaciones descritas en la literatura como la sumisión química, la emisión del parte de lesiones, el seguimiento oportuno de estas mujeres en coordinación con el servicio de Medicina Preventiva. Así como, el establecer la oportuna coordinación con el Centro Coordinador de Emergencias (**CECOE 112**), las fuerzas y cuerpos de seguridad, el Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (**DEMA**), los juzgados de violencia, los recursos sociales etc. Contemplando, además, la posterior formación a todos los profesionales.

Por ello, ante la necesidad sentida por profesionales sanitarios de actualizar y protocolizar todas las actuaciones y, el impulso aportado por la Comisión Técnica de Seguimiento del Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de la Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Canarias (**CTSPCIAVGCAC**)<sup>(12)</sup>, dependiente de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, quedó establecido elaborar un documento que sirviera de referencia a todos los profesionales sanitarios (Ginecología y Medicina Forense) implicados en este ámbito de la asistencia, así como, con los demás organismos intervinientes, al objetivarse la necesidad de la coordinación interinstitucional: fuerzas y cuerpos de seguridad, CECOES (112) y juzgados de Violencia de Género,

La Dirección General de Programas Asistenciales (**DGPPAA**) del Servicio Canario de la Salud (**SCS**), representante de la Consejería de Sanidad en dicha Comisión (**CTSPCIAVGCAC**), participó como representante de los Servicios Centrales en el grupo de trabajo que se constituyó a los efectos y facilitó las reuniones y la coordinación con el Instituto de Medicina Legal de Las Palmas (**IMLLPGC**), el juzgado de violencia de género, fuerzas y cuerpos de seguridad y el CECOES (112).

## 8. OBJETIVOS

Proporcionar pautas homogéneas y consensuadas de actuación en la Atención a las Mujeres Víctimas de Agresión Sexual, con violación o tentativa, para todos los intervinientes, a la luz de la normativa vigente, la evidencia científica y la práctica clínica, con el fin de ofertar una atención integral, en el marco de la VG, eficaz y con criterios de equidad y calidad.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Desarrollar un protocolo de actuación útil y práctico que contemple desde la acogida de la mujer víctima de agresión sexual en el servicio sanitario, exploraciones, toma de muestras, tratamiento y emisión del parte de lesiones-informe médico.
- Valorar situación psicológica y social, aportando apoyo psicológico.
- Establecer los seguimientos.
- Consensuar la actuación con otros intervinientes: recogida y custodia de las muestras, incluyendo muestras en caso de sumisión química, acompañamiento, medidas de protección y de seguridad, medidas legales etc.
- Protocolizar el Registro en la Historia de Salud.
- Elaborar Indicadores para la evaluación de las actuaciones que permitan implementar mejoras y visibilizar el comportamiento de este fenómeno.
- Ofertar formación-sensibilización a los y las profesionales.

## **9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA**

El protocolo va dirigido a todas las mujeres mayores de 14 años del Área de Salud de Gran Canaria que sufren presuntamente una violación en el contexto de una agresión sexual (población 369.025 ISTAC2014).

El centro de referencia para los presuntos delitos de violación o tentativa es el CHUIMI, complejo hospitalario ubicado en Las Palmas de Gran Canaria, que da cobertura en el Servicio de Urgencias de Ginecología (**SUG**) a las mujeres de todos los municipios y extranjeras de vacaciones en la Isla. Las mujeres víctimas de Agresión sexual con presunta violación acuden a este servicio bien remitidas desde los centros de salud, acompañadas por las fuerzas y cuerpos de seguridad o por su propia iniciativa.

## **10. METODOLOGÍA**

En Noviembre de 2011 se creó un grupo de trabajo inicial compuesto por Ginecólogas del Servicio de Obstetricia y Ginecología, responsables de medicina y enfermería del SUG, trabajadora social y representante de los Servicios Jurídicos hospitalario, representante del Servicio de Pediatría del centro, representante de Medicina Preventiva y técnicas de la DGPPAA del SCS.

Se comenzó por revisar la literatura científica: documentos sobre la magnitud y trascendencia del problema, la violencia de género y las agresiones sexuales, la sumisión química, el daño psíquico en las víctimas de agresión sexual, los tratamientos preventivos, protocolos de CCAA y del Ministerio de Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad.<sup>(11,13,14,15,16,17)</sup>

Se esboza un borrador cuyo eje central es el algoritmo de actuación, que contempla desde la acogida de la mujer a su llegada al Servicio de Urgencias hasta su alta, para ir perfilando e introduciendo con los demás intervinientes las actuaciones necesarias. Se mantuvieron diversas reuniones con la Dirección del Instituto de Medicina Legal de Las Palmas de Gran Canaria, Juzgado de VG, Instituto Canario de Igualdad (**ICI**) y se visitó y mantuvo contacto con el CECOE (112). Todo ello fue perfilando el protocolo, con la visión de que fuera claro y práctico para todos los intervinientes.



Se diseñó y preparó el KIT de Urgencias, específico para las agresiones sexuales, con el material necesario para exploraciones, tratamientos, recogida de muestras etc. y con las instrucciones de procedimiento. Garantizando su disponibilidad inmediata.

Paralelamente se iba trabajando en la informatización del protocolo en la Historia de Salud electrónica y elaborando los indicadores que permitieran evaluar y mejorar en el futuro las actuaciones.

El protocolo fue validado por el Servicio de Calidad del CHUIMI, la DGPPAA del SCS y presentado oficialmente por la Consejera de Sanidad en Octubre de 2013, quién asumió el compromiso, de extender el mismo al resto de las Áreas de Salud, previo consenso con los responsables sanitarios y de otras instituciones de las mismas. Se presentó, así mismo, en la CTSPCIAVGAC donde están representados: Delegación del Gobierno (Unidad de Coordinación de Violencia de Género), Juzgados y Fiscalía de VG, IMMLPGC, ICI, SCS, Dirección General de Emergencias y Seguridad, Dirección General de Juventud, Dirección General de Educación, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, CECO, etc.

Fue presentado al Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario, dando formación a los profesionales. Su puesta en marcha en el servicio de urgencias comenzó en octubre de 2013. El grupo de trabajo decidió nombrar, a partir de su puesta en marcha, una comisión de seguimiento que velara por la buena marcha del mismo y resolviera, en su caso, los asuntos que podrían presentarse. Dicha comisión sigue en activo y ha ido resolviendo diversas incidencias.

## 11. EVALUACIÓN

En la elaboración de los indicadores se han tenido en cuenta "Los indicadores comunes para la violencia de género en el Sistema Sanitario" aprobados por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud (SNS) en diciembre de 2007.

Los indicadores elaborados por el grupo de trabajo, para las evaluaciones anuales, se han planteado para obtener datos sobre de la Mujer Víctima de Agresión sexual, relevantes para ir observando el perfil, los ámbitos donde ocurre, la forma de agresión, etc. Esto podrá permitir conocer el comportamiento de este tipo de VG en nuestro medio y hacer prevención.

Sobre la coordinación con otros intervinientes o recursos se plantean indicadores que permitan saber si se procede correctamente, según lo previsto en el protocolo. Para la actuación sanitaria (Ginecológica y Medicina Forense) se plantean indicadores que permitan valorar si se realiza una correcta práctica clínica y se instauran los tratamientos adecuados. Todos estos indicadores se obtienen de la Historia Clínica Informatizada en la que se han incluidos los aspectos necesarios para su cumplimentación

### INDICADORES

#### **Mujeres víctimas de Agresión Sexual**

Nº de mujeres por tramo de edad y por mes.
Nº de mujeres según país de origen.
Municipio de residencia.
Municipio de la Agresión.
Nº de mujeres con pareja estable.
Ámbito de la agresión: familiar, conocidos, desconocidos
Nº de mujeres con discapacidad física.
Nº: de mujeres con discapacidad Psíquica.

Los datos se aportaran además en porcentajes.



**La agresión sexual:**

Nº de casos con penetración vaginal, anal y/o bucal.
Nº de casos con uso de objetos.
Nº de casos con sospecha de Sumisión Química.

Los datos se aportaran además en porcentajes.

**Coordinación con otros recursos:**

Nº de casos donde se activa el 112.
Nº de casos donde acude el DEMA.
Nº de mujeres que acuden acompañadas por las Fuerzas de Seguridad.
Nº de casos en los que acude la Medicina Forense.
Nº Emisiones de partes de lesiones.
Nº Emisiones de Oficio de Notificación a DG de Menores

Los datos se aportaran además en porcentajes.

**Toma de muestras y Tratamientos:**

Nº de casos donde se realizan la exploración y recogida de muestras de forma conjunta (medicina forense y ginecología).
Nº de casos donde se recogen muestras vaginales, anales o bucales.
Nº de casos donde se recogen otras muestras.
Nº de casos donde las muestras quedan bajo custodia de la medicina forense.
Nº de casos donde la mujer se ha bañado o cambiado de ropa previamente.

Los datos se aportaran además en porcentajes

**Tratamientos**

Nº de casos que requieren anticoncepción de emergencia.
Nº de casos en los que se administra la anticoncepción de emergencia.
Nº de casos que requieren profilaxis ETS.
Nº de casos en los que se administra.
Nº de casos que han requerido ansiolíticos.

Los datos se aportaran además en porcentajes

**Seguimientos**

Nº de mujeres a las que se les da cita para posterior control en el Servicio de Ginecología Hospitalaria
Nº de mujeres que asisten a las consultas de seguimiento en Ginecología Hospitalaria
Nº de mujeres a las que se les da cita de control en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Nº de mujeres que asisten a las consultas de seguimiento en la Unidad de Enfermedades Infecciosas

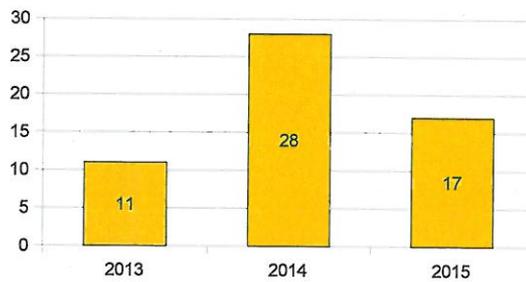
Los datos se aportaran además en porcentajes

**RESULTADOS**

Desde su puesta en funcionamiento en octubre de 2013 hasta el 22 de mayo de 2015 se han registrado en el SUG del CHUIMI un total de 56 agresiones sexuales, con la distribución que se expresa en la gráfica 1.

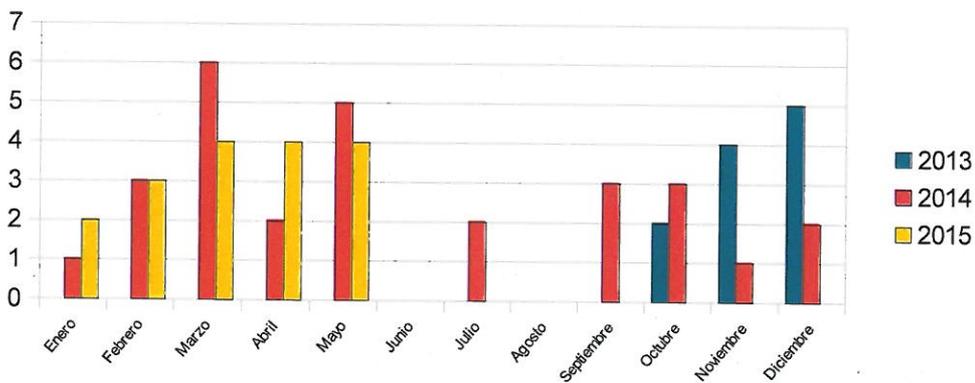
**Gráfica 1.** Número de agresiones por año de estudio

2013: octubre-diciembre; 2014: año completo; 2015: enero-mayo



La distribución por meses del año se recoge en la gráfica 2. No se identifican épocas del año con especial riesgo de agresión, si bien, el número es pequeño. Hay que resaltar que nuestra área de influencia es zona turística y de inmigración durante todo el año.

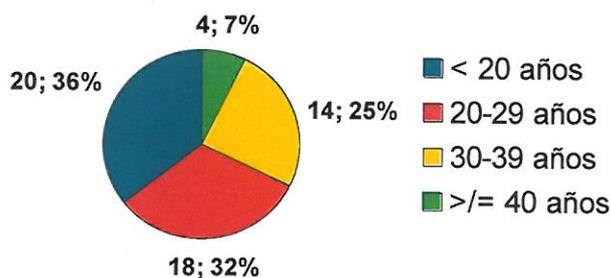
**Gráfica 2.** Distribución mensual de las mujeres atendidas por sospecha de agresión sexual en Urgencias Ginecológicas del CHUIMI.



**Indicadores relativos al perfil de la mujer agredida.**

- Número de mujeres por tramo de edad.** La edad media de las mujeres atendidas por sospecha de agresión sexual en el periodo de estudio fue de 24,7 años. La distribución por edades se representa en la gráfica 3, agrupadas por décadas de la vida. Cabe destacar que, dentro de las menores de 20 años, 9 eran menores de edad en el momento de la agresión, cifra que supone el 16,07% del total.

**Gráfica 3.** Edad de las mujeres atendidas por sospecha de agresión sexual en Urgencias Ginecológicas del CHUIMI



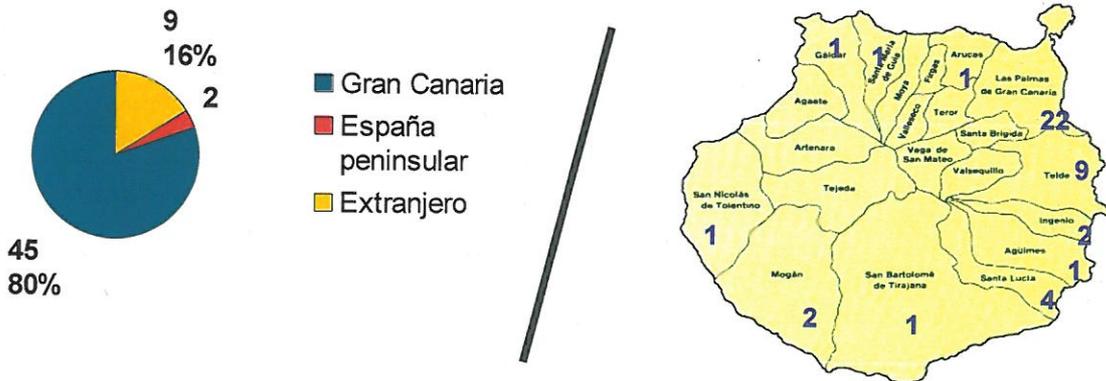
Como puede verse, el 68% está compuesto por mujeres menores de 30 años, y el 93% tenían menos de 40 años.

**2. Número de mujeres por nacionalidad.** El 71,42% de las mujeres atendidas eran de españolas. El 28,5% restante procedían de los siguientes países:

Países europeos	Países africanos	Países americanos	Países asiáticos
Alemania: 2	Marruecos: 1	Argentina: 1	Filipinas: 1
Noruega: 3		Paraguay: 1	
Escocia: 1		Venezuela: 1	
Inglaterra: 2			
Suecia: 2			
Suiza: 1			
11 (19,6%)	1 (1,7%)	3 (5,3%)	1 (1,7%)

**3. Municipio de residencia.** Del total de las mujeres atendidas 11 (19,6%) no residían en Gran Canaria, encontrándose en la isla por vacaciones. De ellas 2 (3,5%) procedían de otras provincias españolas (Madrid y Córdoba) y el resto (16,0%) de países europeos. El 80,3% (45) de las mujeres eran residentes en Gran Canaria en el momento la agresión, procediendo en su mayoría de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, un 39,2% del total. La distribución en municipios de residencia es la siguiente:

**Gráfica 4:** Distribución de las mujeres según residencia y municipios en Gran Canaria



**4. Municipio de la agresión.** Las Palmas de Gran Canaria, con 21 casos (37,5%), es el municipio en el que se registraron más casos, seguido de los municipios del sur de la isla, que en su conjunto suman 15 mujeres (26,7%). Cabe destacar que 11 agresiones tuvieron lugar en el domicilio de la mujer (19,6%) y 1 caso en un centro escolar (1,7%).

**Gráfica 5:** Distribución por municipios donde ocurrió la agresión



5. **Número de mujeres con pareja estable.** En el momento de la agresión solo 7 de las mujeres afirmaron tener pareja estable, lo que representa el 12,5%.
6. **Ámbito de la agresión: familiar, conocidos, desconocidos.** En 33 casos (58,9%) el agresor era un desconocido. En 11 casos (19,6%) la víctima conocía al agresor, sin ser de su familia. Dentro de este grupo, 5 agresiones (8,9% del total de mujeres) fueron perpetradas por la ex-pareja de la víctima. En 12 casos (21,4%) el agresor pertenecía a la familia de la víctima. De este último grupo, la distribución de agresores fue: Pareja actual de la víctima: 6 casos (10,7%). Padre de las víctimas menores de edad: 3 casos (5,3%). La pareja de la madre de las víctimas menores de edad: 2 casos (3,5%). Tío materno de una víctima menor de edad: 1 caso (1,7%)
7. **Número de mujeres con discapacidad física y psíquica.** De las mujeres atendidas, 9 (16%) presentaban una discapacidad psíquica y 3 (5,3%) presentaban discapacidad física.

#### Indicadores relativos a la agresión sexual

1. **Número de casos con penetración vaginal, anal y/o bucal**
2. **Número de casos con uso de objetos**
3. **Número de casos con sospecha de Sumisión Química**

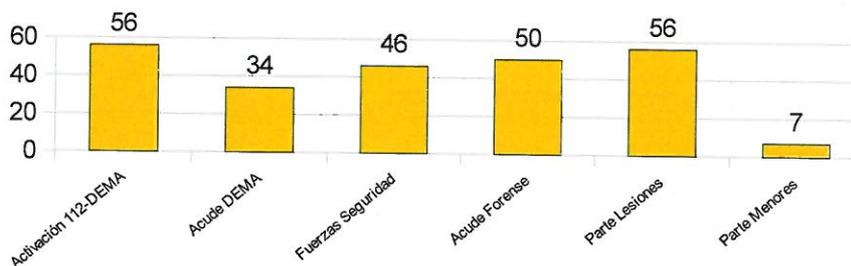
Según los datos registrados en la historia clínica y libro de agresiones, 38 casos (67,8%) fueron con penetración vaginal, anal y/o bucal según el relato de la agredida. No se registraron agresiones con objetos. En 25 (44,6%) casos se sospechó sumisión química, recogiendo muestras para estudio de tóxicos, además de todas las muestras estandarizadas en el protocolo de agresiones sexuales.

#### Indicadores relativos a la coordinación con otros recursos

1. **Número de casos donde se activa el 112.** Desde la puesta en marcha del protocolo se activó el Centro Coordinador de Emergencias 112 en el 100% de los casos.
2. **Número de casos donde acude el DEMA.** La activación del 112 conlleva, por protocolo, la comunicación inmediata al Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV) quién activa a su vez al DEMA (Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas) para que se persone en el Centro Sanitario y preste el correspondiente apoyo y asesoramiento a la mujer. Del total de mujeres atendidas, se tiene registro en la Historia Clínica 5 asistencias del DEMA. Solicitada información sobre este dato en particular, el SAMVV confirma que fue activado en 34 casos (60,7%).

3. **Número de mujeres que acuden acompañadas por las Fuerzas de Seguridad.** La activación del 112 conlleva también, según el protocolo, la activación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado en el caso de que no acompañen a la víctima, ya que a través de ellos se pone el caso en conocimiento del Juzgado de Guardia. De las mujeres asistidas, 46 (82,1%) acudieron acompañadas por las Fuerzas de Seguridad, en los otros casos se les activó a través del 112.
4. **Número de casos en los que acude la Medicina Forense.** El desplazamiento a urgencias de los representantes del IML depende de que el Juez de guardia responsable lo ordene, si lo considera indicado. En el periodo evaluado el médico forense se personó en urgencias para exploración conjunta con el ginecólogo/a en 50 casos (89,2%).
5. **Número Emisiones de partes de lesiones.** En el 100% de los casos atendidos el ginecólogo/a de urgencias remitió un parte de lesiones e informe médico al Juzgado correspondiente.
6. **Número Emisiones de Oficio de Notificación a DG de Menores.** En el periodo de estudio, se atendió a 9 pacientes menores de edad, emitiendo Oficio de Notificación a la Dirección General del Menor en 7 casos (77,7% de las menores y 12,5% del total). Analizados los dos casos sin notificación, en el primero se trataba de una menor de 14 años con agresiones de repetición por parte de su padre, con denuncia presentada días antes de acudir a urgencias, que fue traída solo para atención médica. El segundo caso se trataba de otra menor de 17 años, en tratamiento antipsicótico, consumidora de estupefacientes, cuya agresión fue llevada a cabo por dos agresores conocidos por la víctima, con historia de varias visitas a urgencias por supuesta agresión sexual. Tras revisar la historia no consta que en esta visita se cursara parte a Menores.

**Gráfica 6.** Representación de la coordinación de recursos en la atención de mujeres agredidas en urgencias ginecológicas del CHUMI.



#### Indicadores relativos a la toma de muestras

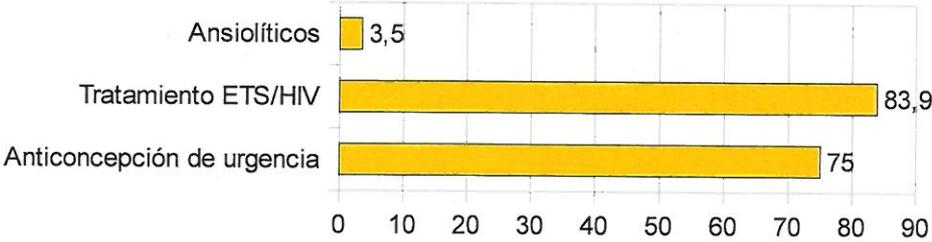
1. Número de casos donde se realizan la exploración y recogida de muestras de forma conjunta (medicina forense y ginecología).
2. Número de casos donde se recogen muestras vaginales, anales o bucales.
3. Número de casos donde se recogen otras muestras.
4. Número de casos donde las muestras quedan bajo custodia de la medicina forense.
5. Número de casos donde la mujer se ha bañado o cambiado de ropa previamente.

Como se ha expuesto en el indicador de coordinación con otras instituciones, en 50 casos (89,2%) el médico forense se desplazó al Servicio de Urgencias de Ginecología, llevando a cabo la exploración física conjunta con el ginecólogo/a en 46 de ellos (82,14%), en función del relato de la mujer. En 4 casos no se consideró indicada la exploración ginecológica. En todos los casos en los que se realizó la exploración conjunta (46) se recogieron muestras vaginales, anales y/o bucales según la indicación, y todas las muestras corporales que se consideraron precisas por parte del médico forense. En los 4 casos que no precisaron exploración ginecológica sí se recogieron otras muestras de interés o prendas de ropa. En los 50 casos en que se personó el médico forense, todas las muestras recogidas quedaron bajo su custodia. En 3 casos (5,3%) la mujer acudió a urgencias habiéndose lavado o cambiado de ropa.

**Indicadores relativos al tratamiento**

1. **Número de casos que requieren anticoncepción de emergencia.**
2. **Número de casos en los que se administra la anticoncepción de emergencia.** De las mujeres atendidas se consideró indicada la anticoncepción de emergencia en 42 de ellas, que representan el 75% del total, y a todas se les administró antes del alta.
3. **Número de casos que requieren profilaxis ETS.**
4. **Número de casos en los que se administra profilaxis de ETS.** De las mujeres atendidas, se consideró indicada la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual en 47, que representan el 83,9% del total, y a todas se les administró antes del alta, incluyendo el inicio del tratamiento para el HIV, que requiere continuación y seguimiento posterior en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.
5. **Número de casos que han requerido ansiolíticos.** Según consta en las historias Clínicas, solo fue preciso dar tratamiento ansiolítico en 2 mujeres agredidas en el momento de su atención en urgencias (3,5%).

**Gráfica 7.** Porcentaje de mujeres agredidas que reciben tratamiento en Urgencias Ginecológicas del CHUIMI



**Indicadores relativos al seguimiento**

1. **Número de mujeres derivadas a la consulta de Ginecología Hospitalaria**
2. **Número de mujeres que acuden a la consulta de Ginecología Hospitalaria.** Del total de las mujeres atendidas, a 52 se les indicó seguimiento en las consultas externas de Ginecología, en aplicación del protocolo, lo que supone un 92,85%. Sin embargo, solo 18 acudieron a consulta (32,1% del total de agredidas y 34,6% de las mujeres citadas). Analizando el perfil de las 34 pacientes que no acudieron a la visita de seguimiento en Ginecología (realizada al mes de la agresión) destacan los siguientes datos: 12 (35,2%) no eran residentes en la isla (10 de nacionalidad y residencia extranjera y 2 españolas residentes en territorio peninsular). En 11 de las 22 mujeres residentes en Gran Canaria que no acudieron a la visita de ginecología el agresor era o había sido de su

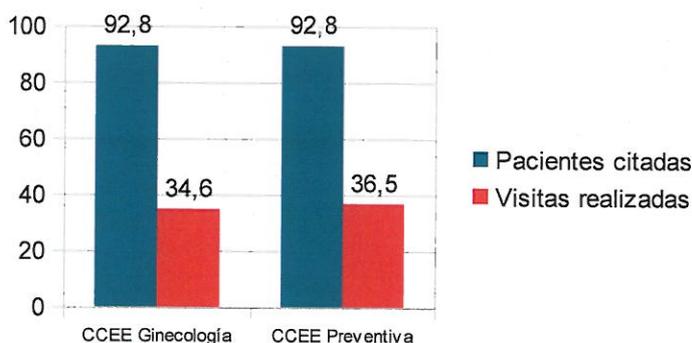
ámbito familiar (3 ex-parejas, 4 parejas, 3 padre y 1 pareja de la madre de la víctima). Una paciente tenía discapacidad física y psíquica y 4 discapacidad psíquica. De hecho, de las 9 pacientes con discapacidad psíquica, solo 3 (33,3%) acudieron a seguimiento en ginecología. Veinte casos estuvieron asociados a sospecha de sumisión química. Es decir, que el 80% de las mujeres con sospecha de sumisión química no realizan seguimiento ginecológico.

**3. Número de mujeres derivadas a la consulta de Medicina Preventiva**

**4. Número de mujeres que acuden a la consulta de Medicina Preventiva.** Del total de las mujeres atendidas, a 52 se les indicó seguimiento en las consultas externas de Medicina Preventiva en aplicación del protocolo, lo que supone un 92,85%. La primera visita a esta unidad es el siguiente día hábil después de la agresión. Sin embargo, solo 19 acudieron a consulta (33,9% del total de agredidas y 36,5% de las mujeres citadas). Analizando el perfil de las 33 pacientes que no acudieron a la visita de seguimiento en Medicina Preventiva (realizada al día siguiente de la agresión) destacan los siguientes datos: Siete eran de nacionalidad extranjera y no residentes en la isla. Las mujeres españolas residentes en territorio peninsular sí acudieron a Preventiva. En 12 de las 33 mujeres que no acudieron a la visita de Preventiva el agresor era o había sido de su ámbito familiar (5 ex-parejas, 4 parejas, 3 padre y 1 pareja de la madre de la víctima). Una paciente tenía discapacidad física y psíquica, 1 paciente discapacidad física y 6 discapacidad psíquica. De hecho, de las 9 pacientes con discapacidad psíquica, solo 3 (33,3%) acudieron a seguimiento en Preventiva. Quince casos estuvieron asociados a sospecha de sumisión química. Es decir, que el 60% de las mujeres con sospecha de sumisión química no realizan seguimiento en Medicina Preventiva.

De este análisis se desprende que la discapacidad psíquica (con un seguimiento del 33%), la sumisión química (con un seguimiento del 40% al día siguiente y del 20% al mes), la nacionalidad extranjera (56% al día siguiente y 37% al mes) y el hecho de que el agresor sea o haya sido familiar de la víctima (17% seguimiento al día siguiente y 41% al mes) pueden ser condicionantes de inasistencia al seguimiento.

**Gráfica 8.** Seguimiento de las pacientes tras alta en urgencias, en porcentaje. Mujeres citadas en consulta y visitas realizadas



## 12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La confección de este protocolo ha contribuido de forma notable a la mejora de la atención de mujeres víctimas de agresiones sexuales en nuestra Área de Salud. Se ha conseguido una mayor sensibilización y formación del personal asistencial en la atención a estas mujeres. La estandarización de las actuaciones evita la variabilidad y la realización de actuaciones sin utilidad posterior para la salud de las mismas y la investigación judicial del caso.

Se ha conseguido una coordinación interinstitucional real, que antes no existía, lo que supone una mejora en la eficiencia en la utilización de todos los recursos de apoyo a la víctima.

La colaboración con el Instituto de Medicina Legal es actualmente más fluida, acudiendo el médico forense en el 89,2% de las actuaciones. La recogida de muestras para estudio de Sumisión Química, en el momento de la asistencia urgente, es novedosa y escasamente recogida en protocolos similares a nivel nacional, siendo a su vez de gran valor en la investigación penal que sigue a la asistencia sanitaria urgente, recogándose muestra en todos los casos de sospecha.

Comparando nuestro estudio con el realizado por el Servicio de Ginecología del CHUIMI, previo a la puesta en marcha del protocolo, observamos que hay un aumento significativo de las mujeres que acuden acompañadas por las Fuerzas de Seguridad, pasando de un 35,2% a un 82,1% y una importante mejora en la tasa de emisión del parte de lesiones que pasó de un 75% a un 100%. Un aspecto que observamos fue el escaso registro de la presencia del DEMA en el servicio de urgencias (5 casos) que contrasta con el dato confirmado tras contactar con el SAMVV, quien confirmó 34 activaciones. Siendo por tanto esto, un aspecto a mejorar.

En cuanto a la profilaxis de ETS, destacamos que con el nuevo protocolo se ha iniciado el tratamiento del HIV que anteriormente no se realizaba y actualizándose el resto del tratamiento profiláctico en ETS.

La inclusión de las pautas para el seguimiento, pese a que no se ha conseguido la asistencia esperada a las citas, constituye un avance significativo que permite la continuidad en el proceso asistencial y evita el tener que recurrir a su Centro de AP a solicitar las correspondientes derivaciones a Atención Especializada con las consiguientes esperas.

**Las líneas de mejoras de cara al futuro** son fundamentalmente:

- Abrir una línea de investigación para valorar los posibles motivos de las ausencias a las citas de seguimiento e introducir líneas de mejoras.
- Mejorar la difusión del protocolo entre los jueces de los juzgados de instrucción para prevenir situaciones de conflicto en los pocos casos en los que todavía no ordenan el desplazamiento del forense al Servicio de Urgencias.
- Implementar una línea de mejora para el registro de las activaciones del DEMA.
- Continuar con la formación y sensibilización a profesionales.

- 1.- Krug, E. Dahlberg, L. Mercy, J. Zwi, A. Lozano, R. eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2002. Publicación científica y técnica n° 588 (Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm))
- 2.- Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica(2005) Disponible en: <http://www.who.int/gender>
- 3.- Una vida sin violencia para mujeres y niñas. Las otras víctimas de la violencia de género: Violencia sexual y tratos de personas. Sección española de Amnistía Internacional.2009 (Disponible en: <http://es.amnesty.org/en/campaigns/stop-violence-against-women>)
- 4.- Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico. Cruz-Landeira A.et Al.Med Clin(Barc) 2008;131(20):783-9
- 5.- Sumisión Química: reto para el toxicólogo forense. García Reppeto,Rosario; Soria,M.Luisa Editorial Elsevier 2011.(Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa/>)
- 6.- Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Ministerio de Justicia. Madrid 2012 (Disponible en : [www.mjusticia.es](http://www.mjusticia.es))
- 7.- Estadísticas sobre "Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales" (Disponible en: [www.inmujer.gob.es/estadisticas/.../delitosLibertad/](http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/.../delitosLibertad/))
- 8.- Instrucción nº 3/03 del Director del SCS por la que se establecen los modelos de documentos oficiales y trámites a cumplimentar por el personal facultativo en los supuestos de prestaciones de asistencia sanitaria por lesiones que pudieran ser constitutivas de falta o delito. Dirección del SCS , marzo de 2003
- 9.- Agresión Sexual. Gallardo,S;García Pérez, M; Martel Santiago, CR; Gutierrez García, L; Pérez Matos,C; Valle Morales, L. XXII Congreso Regional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias. Junio 2012 Santa Cruz de Tenerife
- 10.- Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el CHUIMI en el período comprendido entre noviembre de 2010 a noviembre de 2011. Servicio de Urgencias de Ginecología del CHUIMI Estudio interno
- 11.- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión contra la violencia género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007
- 12.- Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención a la violencia de género de la Comunidad Autónoma de Canarias. Gobierno de Canarias. 2009
- 13.- El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. González Fernández Jorge,Pardo Fernández, Encar. 2007 Disponible en : <http://www.u.v.es/crim/cas/secuelas.psiquicas>
- 14.- Materiales Didácticos para la formación en el Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud (2010)
- 15.- Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2007
- 16.- Guía Clínica de Atención a las Agresiones Sexuales. Hospital Clinic Universitario Barcelona(Disponible en : <http://www.hospitalclinic.org>)
- 17.- Protocolo de actuación ante las agresiones sexuales. Hospital de Basurto-Instituto Vasco de Medicina Legal de Vizcaya. (Disponible en : <http://svgo.es/sites/default/files/Agresiones sexuales>)

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*