

**INFORME  
ANUAL DEL  
REGISTRO VIMPA  
ATENCIÓN  
SANITARIA EN  
VIOLENCIA  
CONTRA LAS  
MUJERES DEL  
PRINCIPADO  
DE ASTURIAS 2011**

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La Organización de Naciones Unidas y el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad y Consumo definen 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 físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas de tales actos, la coacción o privación de la libertad tanto en la vida pública como privada”.***

Para hacer más operativa esta definición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la violencia según el entorno en que se producen las agresiones como violencia familiar, violencia de pareja y violencia comunitaria. El conocimiento de estos conceptos nos ayudará a comprender y delimitar el problema que se presenta en este informe.

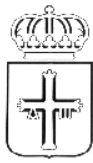
*La violencia familiar* se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables del mismo, criaturas, mujeres y personas mayores.

*La violencia de pareja*, se define como aquellas agresiones que suelen producirse en el ámbito del hogar, en las que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Precisamente aquel con quien mantienen vínculos afectivos y de quien, muy frecuentemente, dependen económicamente. Estos hechos son decididamente influyentes en la dinámica del maltrato y en las estrategias para hacerle frente. Esta forma de violencia se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural y afecta con mucha más frecuencia a las mujeres.

Por último, *la violencia comunitaria* es la agresión que se produce entre personas que no guardan parentesco, pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera de hogar.

El artículo 10 del Título I, Capítulo III de la Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género, establece que la Administración del Principado de Asturias, en el marco de sus competencias, desarrollará actuaciones para la prevención de la violencia contra las mujeres y el rechazo ciudadano hacia este fenómeno. Asimismo proporcionará el apoyo preciso a las víctimas de la violencia de género para su recuperación integral y hará efectivos los derechos a la información, la asistencia social integral a las víctimas y la asistencia jurídica, conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

La OMS, a partir del enfoque de la salud pública, hace un gran esfuerzo por aportar luz sobre los aspectos relacionados con la prevención, el diagnóstico, las intervenciones y la investigación sobre la violencia de género. Debe mejorarse la detección gracias a una identificación más precisa del problema, las intervenciones terapéuticas que mejoren la calidad de vida de las mujeres y la investigación de las causas, efectos y formas de actuación.



La información que se tiene es escasa y fragmentada y son muchas aún las preguntas sin respuesta, pero es importante destacar que hay estudios que han encontrado relaciones entre las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, los roles de género rígidos, las ideas de hombría vinculadas al dominio y el honor masculino, con la violencia ejercida contra las mujeres.

Para entender la importancia del problema es conveniente revisar los datos con que contamos en nuestro país. Lo que sale a la luz con más frecuencia es la violencia física, que deja rastros inequívocos, desde escoriaciones hasta la muerte. Pero las agresiones físicas, en la mayoría de los casos, vienen precedidas de maltrato psicológico, que resulta más invisible.

Si consideramos las estimaciones de la macroencuesta de violencia, realizada por el Instituto de la Mujer, en 2006, Asturias tendría 20.000 mujeres que reconocen sufrir o haber sufrido maltrato en algún momento de su vida.

De acuerdo a los datos aportados por la Encuesta de Salud para Asturias 2008 la prevalencia del maltrato en personas mayores de 16 años, en las mujeres es del 7,3% frente al 2,5% en hombres. En el maltrato se incluye el abuso y la agresión física o psicológica producida tanto en el ámbito familiar como fuera de éste. Si se considera el maltrato de forma aislada, las mujeres lo refieren en un 1,9% frente al 0,8% en hombres y considerando el maltrato de más de cinco años, las mujeres lo refieren en un 3,9% frente al 0,6% en hombres. En el caso de las mujeres las tres cuartas partes del maltrato se produce en el hogar.

En el estudio de variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres ejercida por el compañero íntimo en España<sup>1</sup>, realizado mediante encuesta a mujeres que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP) durante los años 2006-2007, se observan los siguientes resultados: el 24,8% de las mujeres refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida, el 15,1% en el último año y el 14,9% previamente al último año. En los datos para Asturias el 14% refieren violencia por un compañero íntimo en el último año y alguna vez en la vida el 23%.

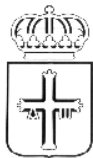
Los registros sanitarios son una importante herramienta en la investigación en salud, en la evaluación de las intervenciones sanitarias y en la difusión del conocimiento en salud. Investigadores, formadores y otros profesionales de la salud necesitan la mejor información disponible para monitorizar tendencias en enfermedades, identificar factores etiológicos y diseñar programas de salud.

El Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social considera que los registros sanitarios en violencia son una herramienta necesaria en la investigación epidemiológica en la violencia contra las mujeres y promueve su constitución en todas las comunidades autónomas. Esta iniciativa es también ratificada por las sociedades científicas; el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, incluye entre las recomendaciones para la administración sanitaria implantar un sistema de registro de casos de violencia doméstica en los servicios sanitarios.

Con el propósito de aumentar el conocimiento sobre el papel de los servicios sanitarios en la atención a la violencia, se crea el Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA) que inicia su actividad en enero de 2003, coincidiendo con la puesta en marcha del Protocolo de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres. Durante los primeros meses su cobertura fue únicamente la de los centros que realizaron la prueba piloto, a partir de julio de ese mismo año su cobertura se amplió a toda la Comunidad Autónoma. Este registro ha estado ubicado en la Unidad de Análisis y Programas de la Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias hasta finales del año 2010, actualmente continúa su actividad en el Servicio de Evaluación de la Salud y Programas, de la Dirección General de Salud Pública en la Consejería de Sanidad .

El principal objetivo del Registro VIMPA es describir las características de la demanda de atención sanitaria por agresiones a mujeres víctimas de violencia y las primeras actuaciones de los servicios de salud. Recoge situaciones de violencia de pareja, familiar y comunitaria. Y en segundo término conocer la ruta crítica seguida por las mujeres identificadas.

1. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gaceta Sanitaria. 2010 3;24(2):128-135.



## METODOLOGÍA

La fuente de información es el informe médico que se emite al Juzgado desde los centros sanitarios. Se cumplimenta en todos los casos que las mujeres mayores de 14 años (se excluye la edad pediátrica), demandan atención sanitaria por causa del maltrato recibido, recogiendo la situación en que se encuentra la mujer en el momento de la atención.

En cada gerencia está establecido el procedimiento de remisión de los partes al registro.

El registro recoge información en relación con:

- Lugar, fecha y hora de la agresión
- Lugar, fecha y hora de la atención
- Edad
- Diagnóstico (para codificar las lesiones se utiliza la CIE9-MC)
- Antecedentes de maltrato
- Tipo de maltrato
- Relación con el agresor
- Derivaciones realizadas
- Demora en la demanda de la atención

La explotación estadística de los datos se realiza mediante una aplicación informática especialmente diseñada para este fin.

Se emiten informes semestrales y anuales. Además de esta explotación sistemática el registro permite realizar investigaciones ad hoc, dado que el uso combinado de diferentes fuentes de información aporta valor añadido al conocimiento sobre la violencia de género. El presente informe detalla la actividad desarrollada durante el año 2011.

## RESULTADOS

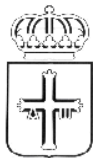
### Partes/informes emitidos y mujeres atendidas

Durante el año 2011 (tabla 1), han demandado atención sanitaria a causa de maltrato 547 mujeres, y estas atenciones han supuesto la cumplimentación de 560 partes. Las mujeres con más de un parte/informe en el año suponen el 2,4% de las atendidas.

Comparando las cifras del primer y segundo semestre con las del anual se verifica que hay 8 mujeres que tienen algún parte en el primer semestre y otro en el segundo.

Tabla 1. – Distribución de asistencia sanitarias por mujer atendida

Número de Partes	Número de mujeres 2011	Total número de partes 2011	% de mujeres por nº de partes	Número de mujeres 1er Semestre 2011	Número de mujeres 2º Semestre 2011
2	13	26	2,4%	1	4
1	534	534	97,6%	286	264
Total	547	560	100%	287	268



Partes/informes, edad y nivel de atención

Como se observa a continuación (tabla 2, gráfico 1) la mayor demanda de atención sanitaria por violencia se produce en Atención Primaria (AP), realidad esperable por su cercanía a la población. Este comportamiento se aprecia en todos los grupos de edad.

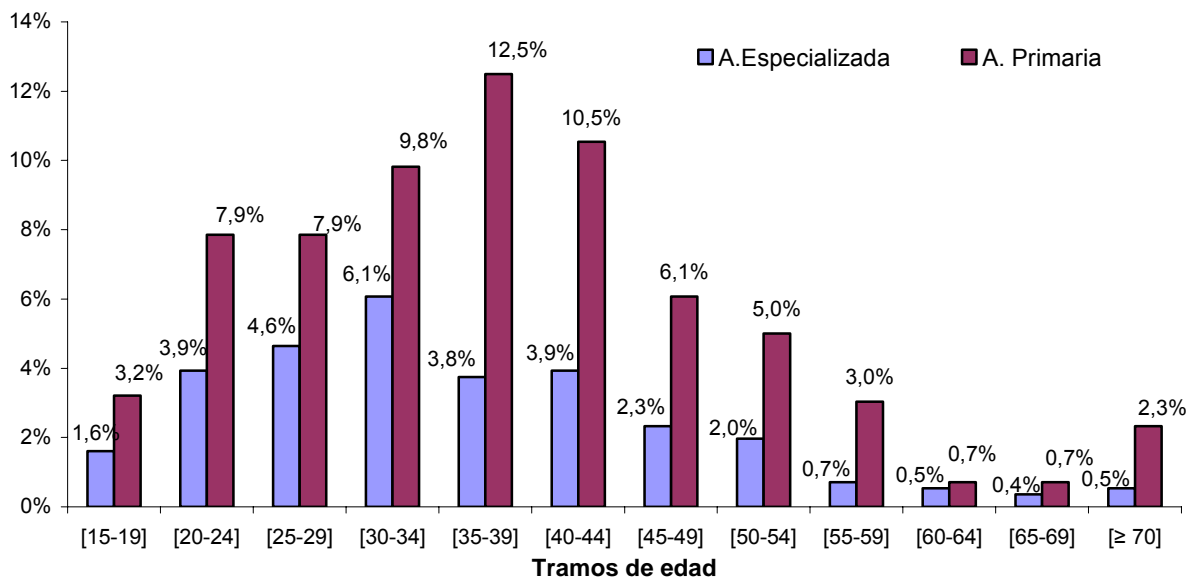
El maltrato se produce en todos los grupos de edad, aunque en el registro el grupo en el que la notificación es más frecuente es el de 20 a 44 años, que representa el 70,8% de los partes.

Tabla 2.- Distribución de partes/informes según grupos de edad y nivel de atención Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP). Tasa de partes por 1000 mujeres

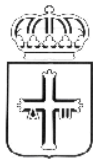
Table with 8 columns: Grupo de Edad, A. Especializada (N.º, %), A. Primaria (N.º, %), Total (N.º, %), Tasa de partes por 1000 mujeres (\*). Rows include age groups from [15-19] to [≥ 70] and a Total row.

(\*) Fuente SADEI población según edad en mujeres 2011>14 años

Gráfico 1. Distribución en porcentajes de casos atendidos por grupos de edad y nivel de atención (AE y AP)



Informe del Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (Vimpa) Año 2011



Partes/informes, edad y relación con el agresor

Tabla 3. – Distribución y porcentajes de partes/informes según relación con el agresor y tramos de edad

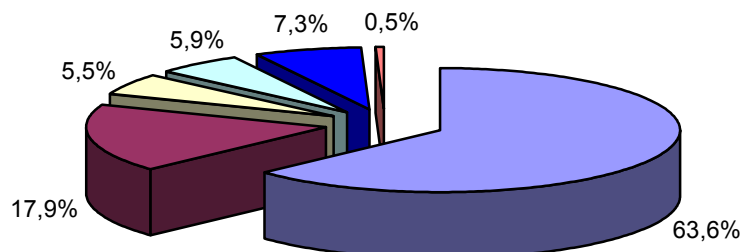
Relación con el agresor (1)	[15-19]	[20-24]	[25-29]	[30-34]	[35-39]	[40-44]	[45-49]	[50-54]	[55-59]	[60-64]	[65-69]	[≥ 70]	TOTAL	
													Nº	%
Marido	0	8	8	22	27	32	24	15	16	1	3	10	166	29,6%
Pareja	4	24	34	38	37	25	13	9	1	2	2	1	190	33,9%
Novio	3	8	3	7	3	1	0	1	0	0	0	0	26	4,6%
Ex marido	0	0	3	2	3	5	1	4	0	2	0	0	20	3,6%
Ex pareja	2	13	17	10	14	12	6	4	2	0	0	0	80	14,3%
Ex novio	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0,9%
Hermano	0	1	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	6	1,1%
Hijo	0	0	0	0	1	1	4	3	1	0	0	4	14	2,5%
Padre	4	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	8	1,4%
Madre	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0,4%
Padrastro	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,5%
Conocido(2)	5	7	3	3	1	1	0	3	0	2	1	1	27	4,8%
Desconocido	2	5	1	4	0	1	0	0	1	0	0	0	14	2,5%
No consta	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0,5%

(1) En un mismo parte/informe se puede declarar más de un agresor. (2) Persona del entorno de la víctima, no familiar.

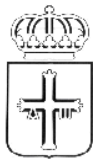
La diferenciación entre novio y pareja está destinada a identificar una situación de convivencia, que no se daría en los casos de noviazgo. Pero considerando la alta proporción de parejas identificadas en edades muy jóvenes, se puede concluir que las y los profesionales que cumplimentan los partes señalan lo que la mujer dice en ese momento, sin precisar la situación de convivencia.

Si se agrupan los tipos de relación que tienen las mujeres con sus agresores, se puede observar (gráfico2) que en el 63,6% de los casos la mujer es agredida por el compañero íntimo (marido + pareja), seguido del 17,9% por el ex compañero íntimo (ex marido + ex pareja).

Gráfico 2. Porcentaje de casos atendidos en relación con el agresor



■ Compañero íntimo ■ Excompañero íntimo □ Novio/exnovio □ Familiares ■ Otros ■ No consta



## Partes/informes y nacionalidad

Según se aprecia a continuación (tabla 4) el 77% de los partes corresponden a mujeres de nacionalidad española.

El 15,2% de los partes/informes corresponden a mujeres extranjeras, esta cifra puede ser mayor teniendo en cuenta que en los casos de nacionalidad desconocida puede haber un porcentaje elevado de mujeres extranjeras.

Considerando las tasas de partes por 1000 mujeres, se observa que la violencia de género afecta de forma más significativa a la población de mujeres extranjeras. Cabe pensar que la situación de mayor vulnerabilidad debido al desarraigo, la falta de apoyo familiar y de redes sociales y quizás la modificación de ciertos roles de género, contribuyen a explicar esta gran diferencia entre las tasas.

**Tabla 4. – Distribución, porcentaje y tasa de partes/informes según nacionalidad de la mujer**

Nº partes según nacionalidad							Tasa de partes x 1000 mujeres(*)
Nacionalidad	Mujeres 1 parte	%	Mujeres 2 partes	%	Total partes	%	
Española	413	73,8%	9	1,6%	431	77,0%	0,89
Extranjera	77	13,8%	4	0,7%	85	15,2%	
Desconocida	44	7,9%	0	0,0%	44	7,9%	
Total	534	95,4%	13	2,3%	560	100,0%	

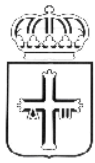
(\*) Fuente SADEI población mujeres 2011 >14 años españolas y extranjeras (Pob.española: 484.503 – Pob.extranjera: 22.424)

## Partes/informes, acompañante y nivel de atención

En el 41,5 % de los casos (tabla 5), las mujeres llegan acompañadas por agentes del orden. En esas situaciones la atención sanitaria no es la puerta de entrada, siendo los servicios sanitarios un componente más de la atención que requiere la mujer en este proceso.

**Tabla 5. - Distribución de partes por acompañante, nivel de atención y porcentajes de los años 2010 y 2011**

Tipos de Acompañantes	DATOS 2011				DATOS 2010	
	A. Especial.	A. Primaria	Total	%	Total	%
Agentes del Orden	43	190	233	41,5%	287	45,6%
Familiares	55	83	138	24,6%	127	20,2%
Casa de Acogida	0	1	1	0,2%	1	0,2%
Agresor	0	0	0	0,0%	0	0%
Otras Personas	24	49	73	13,0%	75	11,9%
Sin Acompañantes	49	69	118	21,0%	104	16,5%
Sin Información	5	22	27	4,8%	56	8,9%



Partes/informes, áreas sanitarias y nivel de atención

El área sanitaria V (tabla 6), correspondiente al área de Gijón es la que más partes ha emitido, con una tasa de 1,8 partes por mil mujeres, habiendo incluso aumentado con respecto al año 2010 tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria.

Casi el 70% de las 560 atenciones realizadas durante el año 2011 se produjeron en Atención Primaria, pero se observa que en las áreas sanitarias IV y VII de Oviedo y Mieres respectivamente (tabla 6) se atienden más casos en Atención Especializada.

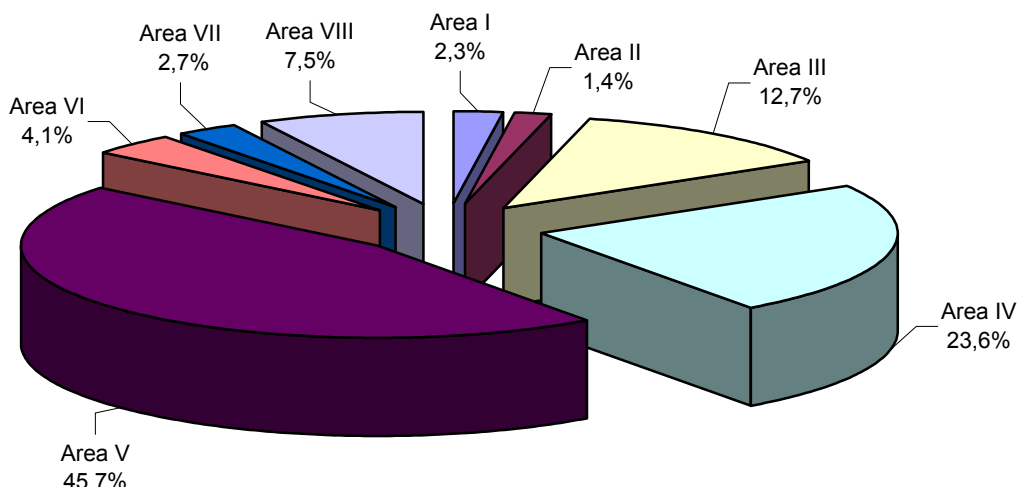
Tabla 6. – Distribución, porcentaje y tasa comparativa de los años 2010 y 2011 de partes/informes registrados por área sanitaria y nivel de atención

Table with 9 columns: Área, A. Especializada (Nº, %), A. Primaria (Nº, %), TOTAL (Nº, %), Tasa de partes por 1000 mujeres Año 2011 (\*), Tasa de partes por 1000 mujeres Año 2010 (\*). Rows include Áreas Sanitarias I through VIII and a Total row.

(\*) Población considerada, mujeres mayores de 14 años. Fuente: Sadei. Padrón Municipal de Habitantes según edad y comarca 2010-2011

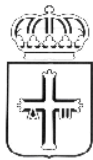
Si se presenta de forma gráfica el resultado en porcentajes de los casos atendidos por área sanitaria la distribución es la siguiente (gráfico 3):

Gráfico 3. Distribución en porcentajes de casos atendidos por área sanitaria



Informe del Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (Vimpa) Año 2011





**Partes/informes, tipo de maltrato y nivel de atención**

El maltrato físico es el más frecuente (tabla 7), supone un 88,6% del total de partes recibidos. Cabe señalar que en un mismo parte es frecuente que la mujer declare agresión psicológica además de física.

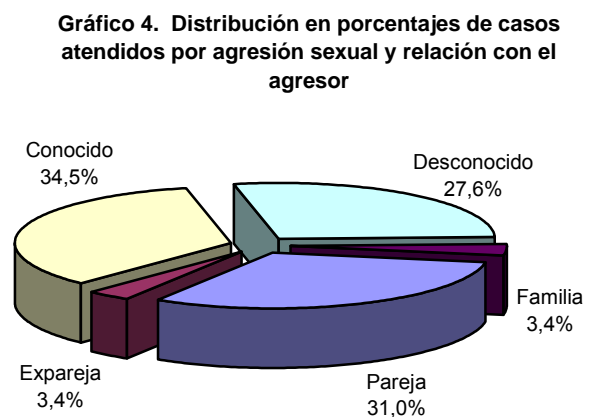
**Tabla 7. - Distribución por tipo de maltrato y nivel de atención**

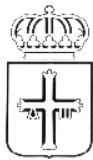
Tipo Agresión	A. Especializada		A. Primaria		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual	21	12,4%	8	2,1%	29	5,2%
Física	147	86,5%	349	89,5%	496	88,6%
Psicológica	51	30,0%	202	51,8%	253	45,2%

Los casos atendidos por agresión sexual han sido 29 (tabla 8). Atendiendo a su distribución en relación con el agresor (gráfico 4) se observa que en el 27,6% de los casos la agresión ha sido realizada por desconocidos, quedando el resto dentro del ámbito conocido de la víctima.

**Tabla 8. – Distribución, relación con agresor y porcentaje de casos atendidos por agresión sexual**

Relación con el agresor	Nº	%
Pareja	9	31,0%
Expareja	1	3,4%
Conocido	10	34,5%
Desconocido	8	27,6%
Familia	1	3,4%
Total	29	100,0%

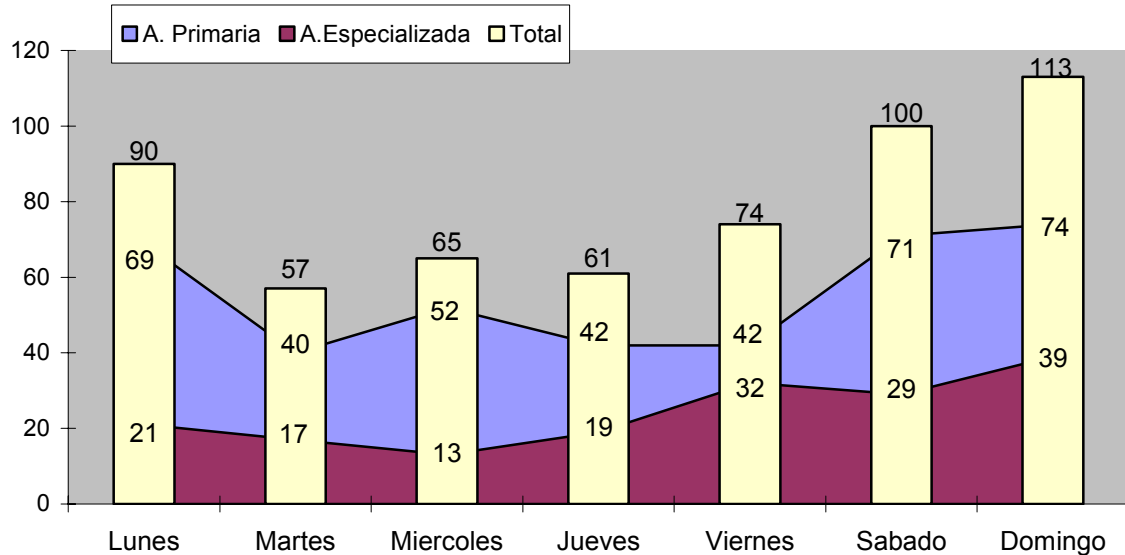




### Partes/informes, día de la semana y nivel de atención

Como se puede observar (gráfico 5), la atención tiende a aumentar los fines de semana.

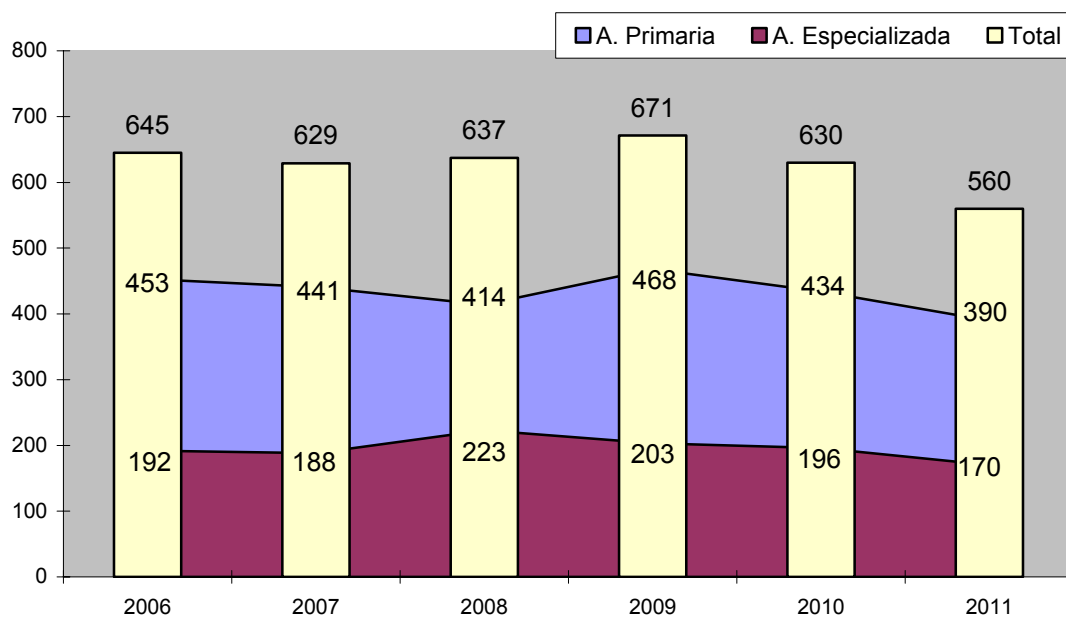
**Gráfico 5. - Distribución partes registrados agrupados por nivel de atención y de lunes a domingo**



### Partes/informes, evolución años 2006 - 2011 y nivel de atención

El número medio de partes/informes que se enviaron al registro - entre 2006 y 2011 - es de 629. El número de partes recibido en este año es menor como puede apreciarse en este gráfico (gráfico 6)

**Gráfico 6. - Evolución por años de los partes/informes emitidos al Juzgado**



Informe del Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (Vimpa) Año 2011



**Partes/informes, derivaciones, nivel de atención y evolución 2006 - 2011**

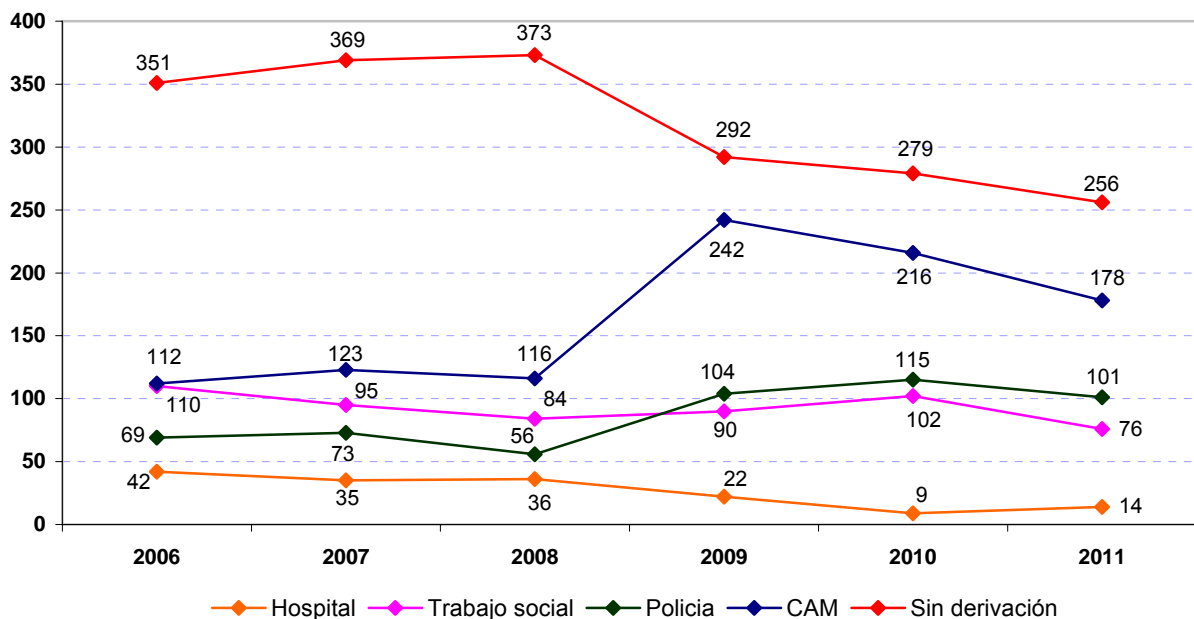
Las derivaciones tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada han disminuido respecto del año pasado, disminuyendo así mismo los partes/informes que no indican que se haya realizado derivación alguna (tabla 9, gráfico 7).

El objetivo a alcanzar es que todas las mujeres que solicitan asistencia sanitaria reciban información adecuada a su situación y que se acuerde con ellas el plan de actuación, para ello es primordial el contacto con los diferentes recursos.

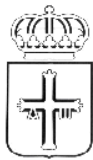
**Tabla 9.- Distribución de las derivaciones realizadas a los distintos dispositivos y nivel de atención**

Derivación	A. Especializada		A. Primaria		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CAM	26	15,3%	152	38,9%	178	31,7%
Casa Acogida	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%
Forense	13	7,7%	8	2,1%	21	3,7%
Hospital	0	0,0%	14	3,6%	14	2,5%
Otros Centro San.	2	1,2%	2	0,5%	4	0,7%
Trabajo Social	20	11,8%	56	14,3%	76	13,6%
Policía	33	19,4%	68	17,4%	101	18,0%
Otros	2	1,2%	4	1,0%	6	1,1%
Sin Derivación	91	53,5%	165	42,2%	256	45,6%

**Gráfico 7. Evolución anual de las derivaciones a los distintos dispositivos (2006-2011)**



Informe del Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (Vimpa) Año 2011

**Lesiones causadas, grupos diagnósticos más frecuentes y nivel de atención**

Los diagnósticos más frecuentes reflejan los daños físicos de las agresiones. Sólo el 21,4% de los partes/informes (tabla 10) recogen algún diagnóstico de salud mental que refleje daño psíquico.

**Tabla 10. – Distribución de las lesiones causadas por la agresión. Grupos diagnósticos más frecuentes**

CIE9	Grupo Diagnóstico *	A. Especializada		A. Primaria		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Del 290 al 319	Trastornos mentales	84	20,3%	225	21,8%	309	21,4%
Del 840 al 848	Esguinces y torceduras	14	3,4%	15	1,5%	29	2,0%
Del 850 al 854	Lesión intracraneal (excepto fractura de cráneo)	8	1,9%	0	0,0%	8	0,6%
Del 910 al 919	Lesiones superficiales	22	5,3%	73	7,1%	95	6,6%
Del 920 al 924	Contusiones con superficie cutánea intacta	205	49,5%	489	47,4%	694	48,0%
RESTO	Resto	81	19,6%	229	22,2%	310	21,5%

\*Los grupos diagnósticos son los resultantes de la agrupación de los 20 diagnósticos más frecuentes codificados en los partes/informes

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El informe médico al Juzgado por lesiones causadas en agresiones a mujeres está considerado como un documento de gran relevancia en el proceso judicial por parte de los responsables de la asistencia jurídica a las víctimas. Aunque no es necesario que las denuncias vayan siempre acompañadas por el mismo. Como fuente de información para el sistema sanitario es insuficiente pero resulta complementario a otras fuentes como la explotación de los episodios de maltrato recogidos con las codificaciones Z12 ó Z25 de la CIAP-2 de forma automática en la historia clínica informatizada de AP y el registro de casos de Salud Mental.

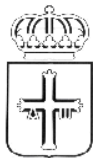
Además de la importancia legal ya mencionada, el parte/informe tiene la utilidad subsidiaria de permitir conocer las características de las mujeres atendidas, como fuente de información del registro VIMPA, con el fin de adaptar los recursos a las necesidades de las mismas. En este sentido la exhaustividad de la recogida de la información en cada caso permite una buena explotación del registro.

La prevalencia del maltrato se obtiene de diferentes fuentes: encuestas, denuncias, asistencia jurídica y social, registros sanitarios, órdenes de protección, y ninguna de ellas se puede utilizar como referencia única. Por tanto, la información recogida del Sistema Sanitario permite visualizar sólo una parte del problema. El Sistema Sanitario cuenta con distintos registros cada uno de los cuales aporta una información diferente: episodios recogidos en las historias clínicas de AP, casos atendidos en el Servicio de Atención Psicosocial a la Mujer, registro VIMPA y el registro acumulativo de casos de Salud Mental.

La frecuencia de notificación en relación con la población ha disminuido (gráfico 6). Esta disminución se produce tanto en AP como en AE.

La variabilidad por áreas sanitarias se mantiene, con un rango que oscila entre el 1,8 casos por 1000 mujeres del área sanitaria V al 0,5 por 1000 del área VII (tabla 6).

El análisis de los resultados permite distinguir al menos tres poblaciones distintas: a) las mujeres jóvenes, en las que puede tratarse de maltrato puntual o de maltrato de corta duración; b) las mujeres

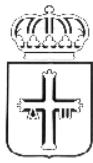


que solicitan el parte/informe, por recomendación policial o jurídica, porque parecen haber reconocido su situación y por último, c) aquellas mujeres que no han llegado aún a reconocer su situación y se identifican como víctimas en los servicios sanitarios. Esta distinción sólo pretende alertar sobre la necesidad de *establecer actuaciones diferentes para diferentes situaciones*. La información sobre recursos, las derivaciones y las recomendaciones que se transmitan a las mujeres deben adaptarse como mínimo a estas diferencias.

El grupo de mujeres jóvenes (menor de 30 años) representa una proporción importante de las declaraciones, siendo un 33,5 % en AE y 27,2% en AP (tabla 2). Con la información disponible no es posible hacer un análisis preciso, pero podría conjeturarse que sea más fácil la identificación del maltrato en mujeres jóvenes que en mayores y por ello la declaración por parte de profesionales sea más exhaustiva. Tampoco se dispone de información sobre la antigüedad del maltrato, aunque pensamos que el tiempo de exposición no puede ser demasiado largo, puede incluso que se trate de agresiones ocasionales. La atención especializada debe prestar especial atención a este grupo ya que por definición, en urgencias, no está prevista la continuidad del contacto. Por ello es necesario establecer procedimientos que permitan no perder la oportunidad de informar y orientar con rapidez a estas mujeres sobre los recursos disponibles útiles en cada caso.

Las mujeres que acuden acompañadas de la Policía, el 41,5% del total de partes (tabla 5), son mujeres que han dado un paso adelante en el reconocimiento de su situación, en esos casos la puerta de acceso no son los servicios sanitarios sino los servicios policiales. Lo relevante de esta atención es, además de la asistencia por las lesiones sufridas, la colaboración de los servicios de salud con el resto de los organismos, que se traduce en la emisión del parte/informe al Juzgado, elemento fundamental para la intervención judicial. En estas situaciones el ejemplar del parte/informe que se entrega a la mujer es el que ésta utilizará para presentar la denuncia, por lo tanto no es necesario entregar a la policía el ejemplar para el Juzgado. En el caso de que el forense participe en la evaluación de daños, se entregará una fotocopia del parte, ya que no se emite una copia adicional para el forense.

Las derivaciones a los Centros Asesores de la Mujer y a Trabajo Social han disminuido. No está claro si es debido a la no derivación o simplemente a que no queda señalada esta información en el parte/informe. Por otro lado la intensificación de la difusión del protocolo sanitario en todos los centros sanitarios de nuestra comunidad autónoma favorecería la mejora en la cumplimentación de los partes/informes.



## Fuente de información

El parte/informe al Juzgado consta de cuatro hojas autocopiativas: el ejemplar para el Juzgado, el ejemplar para la historia clínica, el ejemplar para la mujer y por último el **ejemplar para el registro VIMPA**.

En OMI AP este ejemplar se imprime utilizando el icono correspondiente a imprimir informe asociado y grabar, que se encuentra en la parte de abajo, el primero a la izquierda, de la pantalla.

En la historia clínica de especializada, Selene, el parte/informe se encuentra identificado con un icono de lazo blanco, al igual que en primaria se imprimen tres copias, ya que la de archivo en historia no es necesaria.

La hoja del parte/informe se debe remitir en sobre cerrado con la inscripción de CONFIDENCIAL a:

Registro Vimpa  
A/A María Luisa García Menéndez  
Servicio de Evaluación de la Salud y Programas  
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad  
C/ Ciriaco Miguel Vigil, 9  
33006 Oviedo

## TELÉFONOS DE INTERÉS

### Información y asesoramiento

- **Teléfono de urgencia:** 112 / 920 96 29. Número único para prestar asistencia a la ciudadanía ante cualquier tipo de incidencia o emergencia. Conecta con el Servicio de Atención 24 horas de información y asistencia a víctimas
- **Teléfono de emergencia:** 016. Para personas con discapacidad auditiva se establece el número específico: 900116016. Ofrece información sobre los derechos de las víctimas, recursos disponibles y asesoramiento jurídico. Es un servicio gratuito, de ámbito estatal y disponible 24 horas. Se atienden llamadas en otros idiomas.
- **Servicio de atención e información telefónica especializada.** Ofrece información, asesoramiento y atención telefónica personalizada y especializada acerca de los recursos, programas y proyectos disponibles en el Principado de Asturias para las mujeres víctimas de violencia de género. **Instituto Asturiano de la Mujer: 985 96 20 10**
- **Centros Asesores de la Mujer (CAM).** Ofrecen asesoramiento jurídico gratuito a mujeres víctimas de violencia en su itinerario a través de la Administración, actuando como responsable del caso. Realizan un seguimiento de apoyo, acogida y recuperación integral y garantizan el pleno ejercicio de los derechos de las víctimas.

#### Área I:

*Vegadeo*  
Tfno.: 985 47 64 61  
Fax: 985 47 60 12  
*Valdés*  
Tfno.: 985 47 01 77  
Fax: 985 47 05 71

#### Área II:

*Cangas del Narcea*  
Tfno.: 985 81 05 60  
Fax: 985 81 27 27

#### Área III:

*Avilés*  
Tfno.: 985 52 75 46  
Fax: 985 52 10 30  
*Mancomunidad de las Cinco Villas*  
Tfno.: 985 82 20 20  
Fax: 985 82 25 94

#### Área IV:

*Siero*  
Tfno.: 985 72 46 28  
Fax: 985 72 54 02  
*Mancomunidad de los Valles del Oso*  
Tfno.: 985 76 15 34  
985 76 16 16  
Fax: 985 76 14 14  
*Mancomunidad de la Sidra*  
Tfno.: 985 71 84 13  
Fax: 985 71 85 31  
*Oviedo*  
Tfno.: 985 11 55 54  
984 08 39 02  
Fax: 985 11 88 85

#### Área V:

*Gijón*  
Tfno.: 985 18 16 29  
Fax: 985 18 16 36

#### Área VI:

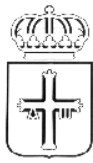
*Mancomunidad del Oriente de Asturias*  
Tfno.: 985 71 11 87  
Fax: 985 71 11 95

#### Área VII:

*Mieres*  
Tfno. y Fax: 985 46 39 53  
*Aller y Lena*  
Tfno.: 985 49 40 77  
Fax: 985 49 51 21

#### Área VIII:

*Llaviana*  
Tfno.: 985 60 25 25-985 67 12 22  
Fax: 985 61 08 24  
*Langreo*  
Tfno.: 985 67 30 41  
Fax: 985 68 28 12



- **Centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales y malos tratos.** (CAVASYM). Ofrece un servicio de asesoramiento y malos tratos. Tfno. : 985 09 90 96
- **Asociación de mujeres separadas y divorciadas de Asturias.** Ofrece alojamiento y apoyo en el Centro de Atención Integral de Coslada (Madrid) a mujeres víctimas de violencia de género y asesoramiento. Tfno. : 985 09 50 16.

#### Servicio sanitario especializado

- **Servicio de Atención Psicosocial.** Ofrece apoyo psicológico a las mujeres víctimas de la violencia. Tfno.: 985 96 65 68

#### Asistencia jurídica

- **Colegios de abogados.** Servicio jurídico gratuito de 24 horas de asesoramiento, apoyo, asistencia jurídica y atención psicológica a mujeres maltratadas.  
Colegio de Abogados de Oviedo: 985 22 39 86  
Colegio de Abogados de Gijón: 985 34 63 04

#### Protección

- **Servicio de atención a la familia (SAF).** Policía Nacional  
Oviedo Tfno.: 985 96 71 00 / 44  
Gijón Tfno.: 985 17 92 62 / 63
- **Equipo de mujer y menor (EMUME). Guardia Civil**  
Oviedo Tfno.: 985 11 91 25 / 985 11 90 00 / Ext. 125 y 171  
Gijón Tfno.: 985 38 58 00
- **Servicio de teleasistencia.** Ofrece un servicio de teleasistencia móvil que asegura una atención inmediata las 24 horas del día, los 365 días al año y en cualquier lugar, a las mujeres víctimas de violencia de género que cuentan con Orden de Protección, simplemente apretando el botón de "manos libres". **Acceso:** Servicios Sociales Municipales.

#### Red de casas de acogida

- Ofrece atención de emergencia, alojamiento y apoyo a las víctimas de la violencia de género y personas dependientes a su cargo que deban abandonar sus hogares. Tfno : 112. Teléfono de ingresos para profesionales: 900 20 96 29 (servicio 24 horas).
- **Oficina de asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.** 900 20 96 29  
Oviedo Tfno.: 985 96 89 37  
Gijón Tfno.: 985 17 72 04

Toda esta información más desarrollada se encuentra en las Guías para profesionales de recursos contra la violencia de género del Instituto Asturiano de la Mujer, que se revisa cada dos años y que se distribuye por todos los centros sanitarios

### FICHA TÉCNICA

#### REGISTRO VIMPA

Dirección General de Salud Pública  
Servicio de Evaluación de la Salud y Programas  
Consejería de Sanidad del Principado de Asturias  
C/ Ciriaco Miguel Vigil 9, 33006 Oviedo  
Teléfono 985105500-Ext. 17446  
Fax: 985 10 65 20  
e-mail: [luisa.garciamenendez@asturias.org](mailto:luisa.garciamenendez@asturias.org)  
Responsable administrativo del Registro: María Luisa García Menéndez  
Edición: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad