



INFORME ANUAL DEL REGISTRO VIMPA ATENCIÓN SANITARIA EN VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2008

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Organización de Naciones Unidas definió, en 1993, 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 de la misma, criaturas, mujeres y personas mayores.

La violencia de compañero íntimo, 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.

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

De todos los tipos descritos, la violencia de pareja es la que afecta con más frecuencia a las mujeres. Esta forma de violencia se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género legisla específicamente sobre este tipo de violencia.

La Organización Mundial de la Salud (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, lo más visible, es la violencia física, que deja rastros inequívocos, desde escoriaciones hasta la muerte.

Si consideramos las estimaciones de la macroencuesta de violencia, realizada por el Instituto de la Mujer, en 2006, Asturias tendría 20 000 mujeres que reconocerían sufrir o haber sufrido maltrato en algún momento de su vida.

De acuerdo a los datos aportados por la Encuesta de Salud para Asturias de nuestra Comunidad la prevalencia para Asturias del maltrato en mujeres es de 7,3% frente al 2,5% en hombres. En cuanto a las consecuencias más graves del mismo, en un estudio realizado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante una de cada 100.000 mujeres fue asesinada por el compañero íntimo en el período 1998-2001 y una de cada 200 mujeres denunció, en el mismo período. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad presentan un rango de 2,53 por millón, en Lugo a 8,75 por millón en Jaén, encontrándose Asturias en 3,14 por millón; siempre con referencia a dicho período.

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 Consumo 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 está ubicado en la Unidad de Análisis y Programas de la Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Nuestra Comunidad Autónoma es pionera en la puesta en marcha de estos registros sanitarios según el informe elaborado por la comisión de violencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 2005.

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.

Metodología:

La fuente de información es el informe médico al Juzgado, que se cumplimenta en todos los casos que las mujeres 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
- ▶ Demoras en la demanda de la atención
- ▶ Diagnóstico, para codificar las lesiones se utiliza la CIE9 MC
- ▶ Antecedentes de maltrato
- ▶ Relación con el/los agresores
- ▶ Derivaciones realizadas
- ▶ Tipos de maltrato
- ▶ Edad

La explotación estadística de los datos se realiza mediante un programa informático especialmente diseñado.

Se emiten informes semestrales y anuales. Además de esta explotación sistemática este 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 2008.

RESULTADOS

▶ Durante el año 2008 fueron 604 mujeres las que demandaron atención sanitaria a causa del maltrato y estas atenciones supusieron la cumplimentación de 637 partes. Las mujeres con más de un parte / informe en el año suponen el 4,1% de las atendidas.

▶ Número de asistencias sanitarias por mujer atendida

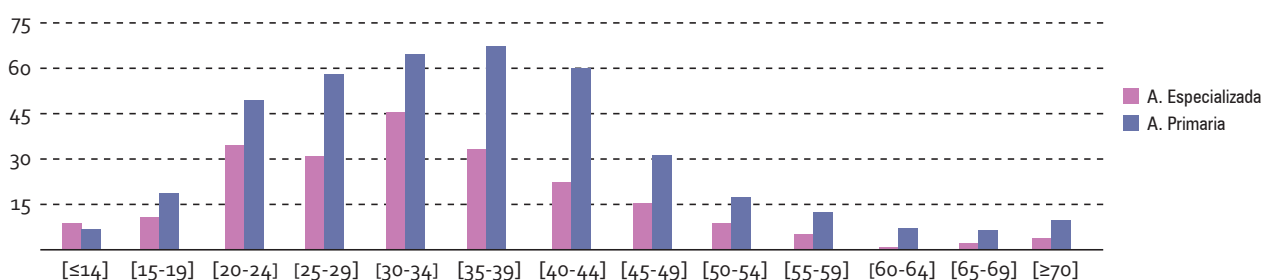
Tabla 1

Número de Partes	Número de Mujeres
6	1
3	4
2	20
1	579

25 mujeres han sido atendidas más de una vez por agresión durante el año.

▶ Distribución partes / informes según grupo de edad y nivel de atención

Gráfico 1



Las mujeres más jóvenes acuden con mayor frecuencia a atención especializada

► Distribución de los partes / informes según grupos de edad y nivel de atención

Tabla 2

Grupo de Edad	Atención Especializada		Atención Primaria		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
[≤ 14]	4	1,8	3	0,7	7	1,1
[15-19]	10	4,5	19	4,6	29	4,6
[20-24]	37	16,6	52	12,6	89	14,0
[25-29]	32	14,4	57	13,8	89	14,0
[30-34]	47	21,1	66	15,9	113	17,7
[35-39]	36	16,1	68	16,4	104	16,3
[40-44]	23	10,3	60	14,5	83	13,0
[45-49]	16	7,2	34	8,2	50	7,9
[50-54]	9	4,0	19	4,6	28	4,4
[55-59]	4	1,8	12	2,9	16	2,5
[60-64]	0	0,0	7	1,7	7	1,1
[65-69]	1	0,5	7	1,7	8	1,3
[≥ 70]	4	1,8	10	2,4	14	2,2
Total	223	35,0	414	65,0	637	100

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 30 a 39 años, que representa el 34,1% de los partes. Los partes a mujeres menores de 40 años suponen el 67,7% del total.

► Partes / informes según nacionalidad de la mujer

Tabla 3

Nacionalidad	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Española	500	83,0	507	78,6	463	73,7	475	74,6
Extranjera	87	14,5	115	17,8	99	15,8	80	12,6
Desconocida	15	2,5	23	3,6	66	10,5	82	12,9
Total	602	100	645	100	628	100	637	100

El 12,6% de los partes / informes corresponden a mujeres extranjeras, esta cifra puede ser mayor considerando que los casos en que la nacionalidad es desconocida probablemente sea extranjera.

► Número de casos atendidos según relación con el agresor y tramo de edad

Tabla 4

Relación con el agresor	00-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 y más	Total	
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	%
Conocido *	4	5	7	4	8	10	2	1	0	0	0	0	0	41	6,4
Ex marido	0	0	1	1	1	8	4	3	1	1	0	1	0	21	3,3
Ex novio	0	1	4	3	5	0	1	0	0	0	0	0	0	14	2,2
Ex pareja	0	3	8	10	12	11	6	4	0	0	0	0	0	54	8,5
Hermano	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0,5
Hijo	0	0	0	0	1	2	1	0	2	3	2	0	5	16	2,5
Marido	0	0	11	16	30	30	29	20	14	7	5	6	8	176	27,6
Novio	1	6	15	4	3	1	1	1	1	0	0	0	0	33	5,2
Padrastro	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3
Padre	2	4	3	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	14	2,2
Pareja sentimental	0	5	34	47	45	37	33	17	10	4	0	1	1	234	36,7
Desconocido	0	4	4	3	5	3	2	3	0	0	0	0	0	24	3,8

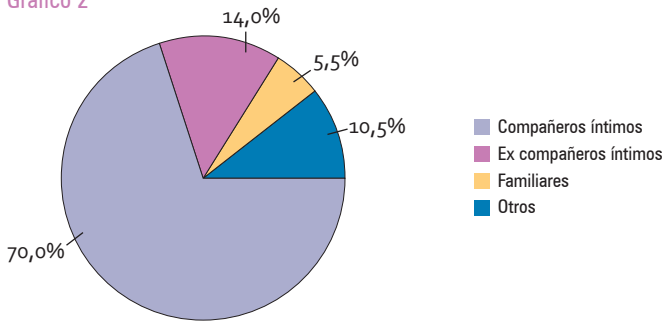
* Persona del entorno de la víctima, no familiar.

Respecto al tipo de relación con el agresor, en el 70% de los casos es el compañero íntimo y en un 14% es el ex compañero íntimo.

El 5,5% es violencia de ámbito familiar (no cónyuge) y el 10,5%, fuera de este ámbito.

► Número de casos atendidos según relación con el agresor

Gráfico 2



8 de cada 10 mujeres atendidas fueron agredidas por sus parejas o ex parejas

► Número de partes / informes registrados por área sanitaria y nivel de atención

Tabla 5

Área	Atención Especializada		Atención Primaria		Total	Atenciones por 10000 mujeres año 2008 (*)	Atenciones por 10000 mujeres año 2007 (*)
	N.º	%	N.º	%			
Área Sanitaria I	0	0,0	9	100,0	9	3,8	0,8
Área Sanitaria II	6	40,0	9	60,0	15	10,7	5,6
Área Sanitaria III	59	73,8	21	26,3	80	10,9	13,0
Área Sanitaria IV	99	56,6	76	43,4	175	11,1	9,8
Área Sanitaria V	38	14,0	234	86,0	272	19,0	17,9
Área Sanitaria VI	5	17,9	23	82,1	28	11,3	12,5
Área Sanitaria VII	11	68,8	5	31,3	16	4,8	7,3
Área Sanitaria VIII	5	11,9	37	88,1	42	10,8	15,2
Total	223	35,0	414	65,0	637	12,5	12,3

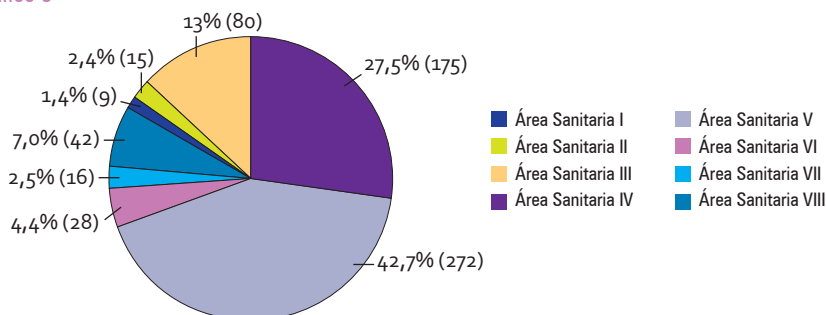
(*) Población considerada, mujeres mayores de 14 años. Fuente: Sadei. Padrón Municipal de Habitantes 2007-2008.

El 65% de las 637 atenciones realizadas durante el año 2008 se produjeron en atención primaria. Si se analiza por área sanitaria es interesante señalar que en las áreas III, IV y VII A. Especializada registra mas casos; siendo el área III en la que más destaca la relación inversa, un 73,8% en AE y un 26,3% en AP, respecto de la situación asturiana.

La tasa de atención por 10000 mujeres es muy variable entre las áreas, debido fundamentalmente a que el número de eventos desagregados por áreas sanitarias son pequeños. Sin embargo para el total de la Comunidad Autónoma apenas se modifica con respecto a 2006. La detección en AP debería mejorar. La diferencia de registro entre las áreas sanitarias debería mejorar.

► Número de partes / informes por área sanitaria

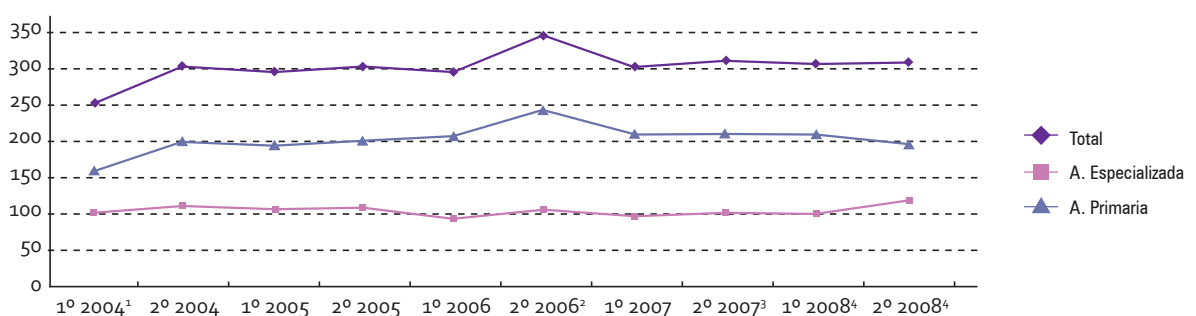
Gráfico 3



El 65% de los partes son emitidos en Atención Primaria

► Evolución por semestres de los partes / informes emitidos al Juzgado

Gráfico 4



► Evolución por semestres de los partes / informes emitidos al Juzgado

Tabla 6

El número de partes / informes que se envían al registro se encuentra estabilizada alrededor de los 630.

Semestres	1.º 2004 ¹	2.º 2004	1.º 2005	2.º 2005	1.º 2006	2.º 2006 ²	1.º 2007	2.º 2007 ³	1.º 2008 ⁴	2.º 2008 ⁴
Atención Especializada	91	113	105	112	85	107	86	102	97	126
Atención Primaria	164	196	187	198	212	241	218	223	218	196
Total	255	309	292	310	297	348	304	325	315	322

1 Los datos correspondientes a este semestre están actualizados respecto al que figura en la Tabla 2 del informe anual 2004

2 Los datos correspondientes a este semestre están actualizados respecto al que figura en la Tabla 5 del informe anual 2006

3 Los datos correspondientes a este semestre están actualizados respecto al que figura en la Tabla 6 del informe anual 2007

4 Los datos correspondientes a estos semestres están actualizados respecto a los que figuran en los informes semestrales del año 2008

► Distribución por tipo de maltrato y nivel de atención

Tabla 7

Tipo Agresión	Atención Especializada		Atención Primaria	
	N.º	%	N.º	%
Física	182	81,6	386	93,2
Psíquica	41	18,4	134	32,4
Sexual	39	17,5	5	1,2
No especificado	1	0,5	0	0,0

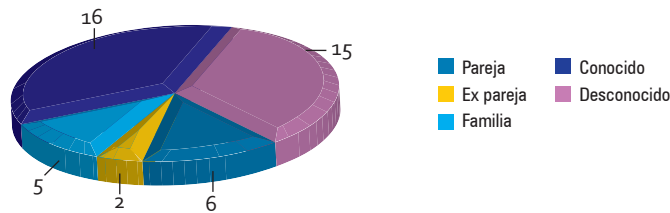
9 de cada 10 partes recogen agresión física

En un mismo parte / informe se puede declarar más de un tipo de agresión. El maltrato físico es el más frecuente.

Se recogen 44 partes / informes de agresión sexual. La distribución respecto del tipo de agresor es la siguiente:

► Número de partes / informes que recogen agresiones sexuales

Gráfico 5



► Derivaciones realizadas a los distintos dispositivos según nivel de atención

Tabla 8

Derivación	Atención Especializada		Atención Primaria		Total	
	Año 2007	Año 2008	Año 2007	Año 2008	Año 2007	Año 2008
CAM	20	23	103	93	123	116
Casa acogida	1	4	2	1	3	5
Forense	2	3	0	0	2	3
Hospital	1	3	34	33	35	36
Otros centro sanitario	7	14	6	15	13	29
Policía	28	20	45	36	73	56
Trabajo social	36	26	59	58	95	84
Otros	2	1	4	9	6	10
Sin derivación	110	141	258	232	368	373

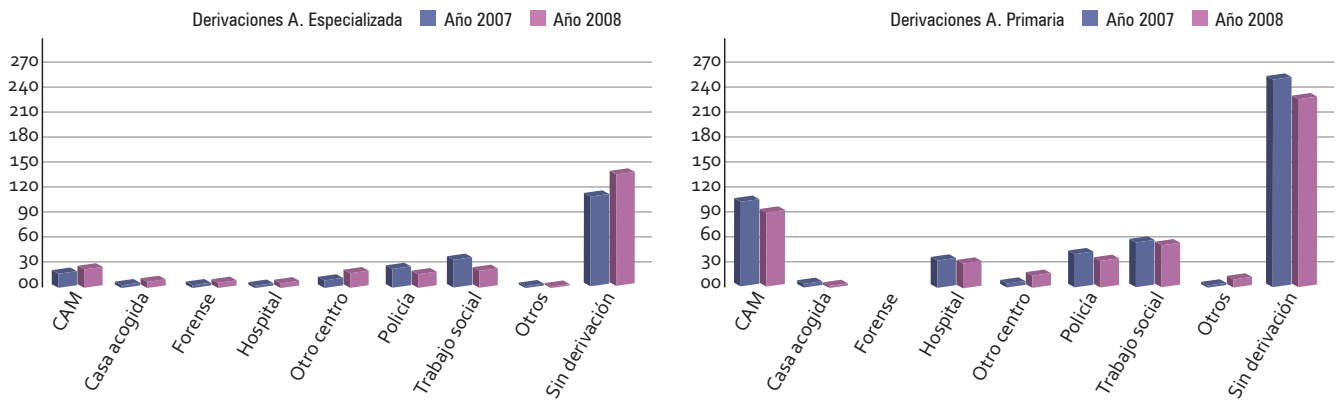
La derivación a los CAM bajan ligeramente durante el 2008

Las derivaciones en su conjunto bajan. El 58,6% de los partes / informes no indican que se haya realizado derivación.

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.

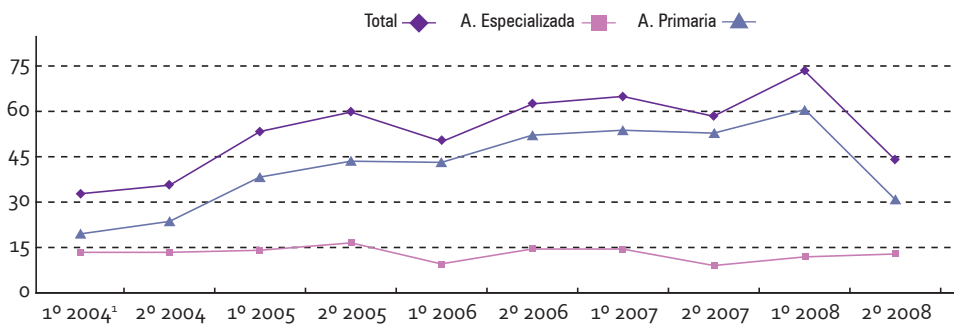
► Derivaciones realizadas a los distintos dispositivos según nivel de atención

Gráfico 6



► Evolución por semestres de la derivación a los centros asesores de la mujer

Gráfico 7



Los CAM se están consolidando como centros gestores de casos, por lo que la derivación a los mismos es deseable en todos los casos en que se envía un parte / informe al Juzgado.

► Número de casos por tipos de acompañantes y nivel de atención

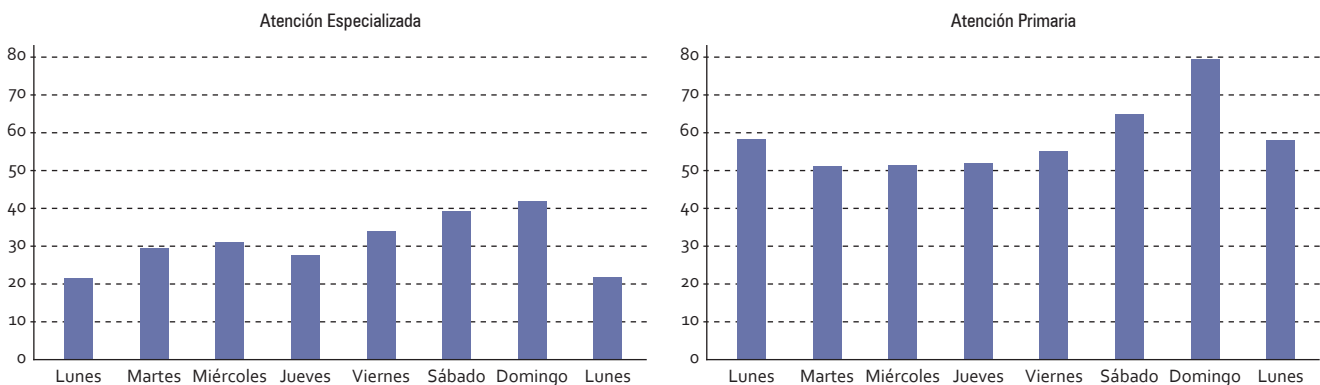
Tabla 9

Tipos de Acompañantes	Atención Especializada	Atención Primaria	Total	%
Agentes del orden	46	166	212	33,3
Agresor	1	2	3	0,5
Familiares	40	58	98	15,4
Otras personas	47	48	95	14,9
Sin acompañantes	91	147	238	37,4
Sin información	4	5	9	1,4

En el 33,3% de las consultas 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.

► Distribución de partes / informes registrados, clasificados por día de la semana de la atención

Gráfico 8



Se observa que la mayor frecuencia se da los domingos en ambos tipos de atención. Sin embargo en AE el aumento de partes comienza de viernes y en AP comienza el sábado y finaliza el lunes. Esta situación refleja un aumento de las agresiones registradas durante los fines de semana.

► Lesiones causadas por la agresión. Diagnósticos más frecuentes

Tabla 10

CIE9	Grupo Diagnóstico	Atención Especializada		Atención Primaria		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Del 920 al 924	Contusiones con superficie cutánea intacta	251	41,1	498	41,8	749	41,6
Del 290 al 319	Trastornos mentales	110	18,0	254	21,3	364	20,2
Del 910 al 919	Lesiones superficiales	38	6,2	116	9,7	154	8,6
Del 870 al 897	Heridas abiertas	32	5,2	37	3,1	69	3,9
Del 840 al 848	Esguinces y torceduras	20	3,3	10	0,8	30	1,7
Del 850 al 854	Lesión intracraneal (excepto fractura de cráneo)	9	1,5	8	0,7	17	1,0
Del 800 al 829	Fracturas	8	1,3	2	0,2	10	0,6
Del 940 al 949	Quemaduras	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Resto	Otros diagnósticos	142	23,3	264	22,2	406	22,6

Los diagnósticos más frecuentes reflejan los daños físicos de las agresiones. Sólo el 20,2% de los partes / informes recogen algún diagnóstico de salud mental que refleje daño psíquico.

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 en 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.

Algo más de un tercio de las mujeres acuden acompañadas de la policía, en esos casos la puerta de acceso no son los servicios sanitarios y 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 en las que la mujer acude acompañada por los agentes de seguridad, 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 al mismo, ya que no se emite una copia adicional para el forense.

Por otra parte, 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.

Sin embargo, dado que no conocemos la cobertura del registro, éste no puede informar sobre la prevalencia del maltrato, ya que este indicador -prevalencia del maltrato- se obtiene de diferentes fuentes: denuncias, encuestas, asistencia jurídica y social y ninguna de ellas se puede utilizar como referencia única, debido a que el sistema sanitario sólo es otra vía de acceso a los recursos. Tampoco puede inferirse del registro la frecuencia de utilización de Servicios Sociales debido al maltrato.

La frecuencia de notificación en relación con la población se mantiene prácticamente estable con respecto a los años anteriores para la Comunidad Autónoma. La variabilidad por áreas sanitarias se mantiene, procediendo de Atención Primaria del Área Sanitaria V el 37% de los casos. También se mantiene la violencia de compañero íntimo como la más importante.

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, 37% en A. Especializada y 32% en A. Primaria. Con la información disponible no es posible analizar algunos aspectos importantes en relación con la violencia en este grupo de edad. En primer lugar podría suceder que sea más fácil la identificación del maltrato que en mujeres mayores y por ello la declaración sea más exhaustiva. Tampoco se dispone de información sobre la antigüedad del maltrato, aunque pensamos que el tiempo de exposición no puede ser largo o incluso que se trate de agresiones ocasionales. Otra característica de este grupo es que acude mayoritariamente a los servicios de atención especializada, en los que 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 derivaciones a los centros asesores de la mujer se han mantenido en AE y han disminuido en AP. Recalcamos la importancia de estos centros en los que las mujeres, además del asesoramiento jurídico, se les gestiona el acceso al resto de recursos.

En este informe se incluyó la distribución de la atención según los días de la semana. Se observa un aumento los fines de semana tanto en AE como en AP. Según los datos del Informe del 016 del Ministerio de Igualdad 2008, se observa una subida importante de las llamadas los lunes, previsiblemente originadas por las agresiones producidas durante el fin de semana.

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.

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

Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
Registro VIMPA
A/A Teresa Méndez Morales
Unidad de Análisis y Programas. Plaza del Carbayón 1 y 2, 1.ª planta - 33001 Oviedo

TELÉFONOS DE INTERÉS

► INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO

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
[T] 985 47 64 61
[F] 985 47 60 12

Valdés
[T] 985 47 01 77
[F] 985 47 05 71

ÁREA II

Cangas del Narcea
[T] 985 81 38 12
[F] 985 81 27 27

ÁREA III

Avilés
[T] 985 52 75 46
[F] 985 52 10 30

Mancomunidad de las Cinco Villas
[T] 985 82 20 20
[F] 985 82 25 94

ÁREA IV

Siero
[T] 985 72 46 28
[F] 985 72 54 02

Mancomunidad de los Valles del Oso
[T] 985 76 15 34 / 985 76 16 16
[F] 985 76 14 14

Mancomunidad de la Sidra
[T] 985 71 84 13
[F] 985 71 85 31

Oviedo
[T] 985 11 55 54 / 984 08 39 02
[F] 985 11 88 85

ÁREA V

Gijón
[T] 985 18 16 29
[F] 985 16 18 36

ÁREA VI

Mancomunidad del Oriente de Asturias
[T] 985 71 11 87
[F] 985 71 11 95

ÁREA VII

Mieres
[T]/[F] 985 46 39 53
Aller y Lena
[T] 985 49 40 77
[F] 985 49 51 21

ÁREA VIII

Laviana
[T] 985 60 25 25
[F] 985 61 08 24

Langreo
[T] 985 67 30 41
[F] 985 68 28 12

Teléfono de urgencia: 112 / 920 96 29. Número único para prestar asistencia al ciudadano 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. Ofrece información sobre los derechos de las víctimas, recursos disponibles y asesoramiento jurídico. Es un servicio gratuito, de ámbito estatal y disponible 24 horas.

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

Asociación "Simone de Beauvoir". Ofrece información y asesoramiento en materia de violencia de género. Tfno.: 985 20 82 58 / 648 52 57 32

► 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
- Gijón: Tfno.: 985 17 92 62
- **Equipo de mujer y menor (EMUME).** Guardia Civil
- Oviedo: Tfno.: 985 11 91 25
- Gijón: Tfno.: 985 38 58 00

► RED DE CASAS DE ACOGIDA

Oficina de asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. Tfno.: 900 20 96 29
- Oviedo: Tfno.: 985 96 89 37
- Gijón: Tfno.: 985 17 72 04

FICHA TÉCNICA

REGISTRO VIMPA

Unidad de Análisis y Programas.
Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad
Plaza del Carbayón 1 y 2, 1.ª Planta
33001 OVIEDO
Tfno.: 985 10 85 52 - Fax: 985 10 92 70
e-mail: analisis.programas@sespa.princast.es

Responsable administrativa del Registro: Teresa Méndez Morales
Autora: Elvira Muslera Canlini
Revisora: Elena Blázquez Cimadevilla

