

Lección Inaugural
Curso Académico 2022-2023

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA



por
Carmen Vives Cases

Catedrática de Medicina Preventiva
y Salud Pública



Universidad de Alicante
15 de septiembre de 2022

Lección Inaugural

Curso Académico 2022-2023

U n i v e r s i d a d d e A l i c a n t e



PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

CARMEN VIVES CASES

CATEDRÁTICA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Es para mí un honor impartir la lección inaugural del curso académico 2022-2023 de la Universidad de Alicante. Este año le ha correspondido a la Facultad de Ciencias de la Salud y agradezco a su Decano, el Dr. Jose Antonio Hurtado, y al equipo decanal el haberme propuesto para realizarla.

Cuando estaba haciendo una revisión final a este documento, la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas daba cuenta de otra mujer asesinada por su pareja o expareja el 16 de agosto de 2022. Con este caso, ya suman 29 feminicidios en lo que llevamos de año, más de un millar si tenemos en cuenta las últimas dos décadas solo en España. La violencia de género contra las mujeres es un atentado contra los derechos humanos que afecta a la sociedad en su conjunto de todos los países del mundo. Su visibilidad es clave para la generación y exigencia de respuestas políticas. En dicho cometido, pueden contribuir diferentes agentes sociales entre los que se encuentra la universidad y sus profesionales. Este es el tema al que he dedicado una parte importante de mi trayectoria investigadora y que he elegido para esta lección inaugural. Se trata de un problema social y de salud pública de tal complejidad que son muchas las disciplinas con el potencial de contribuir a su prevención y, entre ellas, se encuentra el área de conocimiento de medicina preventiva y salud pública en la que he desarrollado mi trayectoria profesional como socióloga y salubrista.

En la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud de 1996, se declaró la prevención de la violencia una prioridad de salud pública. Dicha declaración hacía referencia a diferentes tipos de violencia (institucional, interpersonal, autoinfligida), entre las que se encontraba la violencia contra las mujeres. En menos de tres décadas, se cuenta con una creciente investigación a nivel mundial, así como un importante desarrollo de normativas y políticas a diferentes niveles. Desde la investigación e intervención en salud pública, se está contribuyendo a esta prolifera área de estudio e intervención y el cometido de esta lección inaugural es mostrar una parte de ello basándome en los resultados de algunos de mis proyectos de investigación sobre desigualdades sociales en violencia de género, jóvenes, adolescentes, minorías étnicas e inmigrantes y las respuestas del sector salud. La omisión de otros temas también relevantes en salud pública se debe a las limitaciones de tiempo y espacio de esta lección, así como a las de mi propia experiencia profesional.

La salud pública puede definirse como *“el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas, con la*

*participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas del territorio o región, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales*¹. Se define, así como una disciplina orientada a la práctica profesional con un enfoque eminentemente poblacional o social en la que tiene cabida el sector salud de forma explícita pero no exclusiva. En este sentido, me gustaría también subrayar la aplicabilidad y potencial para transferencia que caracteriza la investigación en salud pública. Precisamente la declaración de la OMS antes citada enfatiza como prioridad de salud pública la prevención de la violencia, en general, y de la violencia contra las mujeres, en particular. Acometer este reto requiere generar evidencias sobre la magnitud, causalidad, desigualdades, consecuencias y efectividad de las respuestas políticas al problema. También requiere el desarrollo de redes de apoyo y con influencia en los órganos responsables de la toma de decisiones, así como promover el acercamiento a la perspectiva y experiencia vital de las mujeres y otras personas afectadas. En este documento, se aportan algunas de estas evidencias en las que he tenido la oportunidad de trabajar con la finalidad de mostrar el potencial de la salud pública en la prevención del problema.

Uno de los valores que aprendí cuando empecé a colaborar en proyectos de investigación en salud pública es el trabajo en equipo. Los contenidos y las referencias que he utilizado para la elaboración de este documento son fruto precisamente del trabajo colaborativo que he tenido la oportunidad de realizar con colegas de la Universidad de Alicante y de otras instituciones dentro y fuera de España. De este trabajo en equipo, me gustaría destacar los aprendizajes adquiridos. La investigación en este tema, como ocurre con la mayoría de los problemas de salud pública, requiere de diferentes enfoques teóricos y metodológicos, que difícilmente se pueden aportar desde una sola disciplina o especialidad. Cabe destacar como valor añadido de este trabajo en equipo la multidisciplinariedad, especialmente entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud.

Introducción. Conceptos básicos

La delimitación conceptual de los problemas es imprescindible para determinar sobre qué recoger información, desarrollar respuestas y evaluar su efectividad. En el tema elegido, la mayoría de los conceptos que son claves para su estudio y comprensión proceden de las ciencias sociales, como es el caso del propio concepto de violencia de género.

La definición más comúnmente aceptada es la propuesta en la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993², que hace referencia a diferentes formas de violencia que mayoritariamente sufren las mujeres por el hecho de ser mujeres. Comprende diferentes tipos de violencia (física, sexual, psicológica, económica, entre otras) que pueden adoptar diferentes formas, desde la violencia contra las mujeres en la pareja, la mutilación genital femenina, la explotación sexual, los matrimonios forzados a edades tempranas o el feminicidio. La violencia contra las mujeres en la pareja o expareja es una forma de violencia de género que ha recibido especial atención tanto en la investigación como en las políticas a nivel nacional e internacional. Su

visibilidad facilita la labor investigadora y pone de manifiesto la relevancia de este problema en términos de magnitud, impacto en la salud y bienestar de las mujeres y de toda la sociedad.

El uso indistinto del concepto de violencia de género con el de violencia contra las mujeres o violencia contra las mujeres en la pareja, aunque todavía no es habitual en la legislación sobre este tema del contexto internacional³, sí suele darse tanto en las políticas como investigaciones de nuestro contexto, en parte, por la Ley Orgánica 1/2004 de protección integral contra la violencia de género. Este uso indistinto de los términos no excluye del concepto de violencia de género otras formas de violencia contra las mujeres con las que puede compartir marcos teóricos y enfoques para la intervención, tal y como evidencian los planes y leyes desarrollados en las distintas Comunidades Autónomas.

En el concepto de violencia de género, cabe destacar el uso del término género porque da un lugar central a las desigualdades de género en la explicación de este problema. El género es una construcción social que atribuye simbólicamente las expectativas y valores que cada cultura atribuye a los hombres y las mujeres. Genera desigualdades en la distribución del poder social, que generalmente sitúa a las mujeres y todo aquello asociado a la feminidad en una posición de subordinación. Además, influye en la exposición a los factores que pueden poner en riesgo la salud de la población⁴. En el caso de la violencia y feminicidio, se ha evidenciado su relación con las desigualdades de género incluso del contexto social, referidas, por ejemplo, a la paridad de género en la representación parlamentaria, el nivel de desarrollo de género de las regiones o las políticas de apoyo a la conciliación y la familia^{5,6}.

El tema central de este documento es que para comprender y responder a este grave problema de salud pública cabe considerar el efecto de las circunstancias sociales de las personas. Las mujeres en riesgo o ya en situación de violencia de género no son un grupo social homogéneo. La sociedad en su conjunto está de hecho caracterizada por las desigualdades sociales. En el estudio de los problemas de salud pública como la violencia de género, es importante tener en cuenta el efecto de los factores sociales determinantes de la salud, que se refieren a las circunstancias sociales en las que las personas nacen, viven y envejecen. La situación socioeconómica, el desempleo, el machismo, la homofobia, incluso las condiciones de la vivienda o el barrio son algunos ejemplos de factores sociales con influencia en la salud de la población. Se trata de un concepto acuñado con la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que pone de manifiesto que la exposición o riesgo de enfermedad, discapacidad y mortalidad está influida (y provocada) por las desigualdades sociales en la distribución de poder y recursos en diferentes niveles, fundamentalmente desde la estructura social (en las que operan las políticas, la cultura, la economía y las desigualdades por género, étnica, clase social, entre otros) a otros espacios intermedios (trabajo, ámbito doméstico, los servicios sanitarios, entre otros)⁷.

Los factores sociales determinantes de la salud y de la violencia de género también explican las desigualdades en la distribución del riesgo y acceso a los recursos formales de asesoramiento y apoyo, además de en las propias consecuencias que tiene este problema. Las inequidades en salud o desigualdades en salud hacen referencia a las diferencias que son injustas, producidas socialmente y sistémicas o resultado de pautas consistentes o estructurales que se dan en la población⁸. En este documento, se

aportan algunas evidencias de las pautas estructurales que generan desigualdades en la distribución del riesgo de la violencia de género y en el acceso a los recursos formales de apoyo con la finalidad de mostrar cursos de acción para promover la equidad social como enfoque para su prevención.

El concepto de prevención en salud pública hace referencia a actuaciones en diferentes niveles, tal y como se introdujo ya en el primer Informe sobre Violencia y Salud de la OMS⁹. La prevención primaria hace referencia a las acciones orientadas a prevención de la violencia en población que nunca ha estado expuesta a este problema. Se incluiría en este nivel de prevención, por ejemplo, las intervenciones educativas dirigidas a población adolescente encaminadas a fomentar actitudes de rechazo a la violencia, el machismo y la desigualdad de género o promover habilidades personales para el desarrollo de relaciones interpersonales positivas e igualitarias (empatía, asertividad, capacidad de resolver problemas, autoestima, entre otros)¹⁰. La prevención secundaria se dirige a poblaciones en riesgo, por ejemplo, niños y niñas que han sufrido abusos u otras formas de violencia en el contexto familiar, e incluye actuaciones para la detección temprana de casos para evitar situaciones de mayor gravedad y/o letalidad¹¹. Por último, la prevención terciaria está enfocada en la prevención de recurrencias (o doble victimización) y el aumento del riesgo de mortalidad. En este nivel de prevención, cobran especial importancia, por ejemplo, las actuaciones dirigidas a fortalecer la salud psicológica y física como otras relativas al empoderamiento social, económico y laboral de las mujeres afectadas y sus hijos e hijas; así como también, la puesta en práctica de medidas de protección policial y social.

Enfoques teóricos y metodológicos

La investigación y acción en violencia de género desde la perspectiva de la salud pública, se ha nutrido de diversas aproximaciones de las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Para el desarrollo de este documento y en mi propia trayectoria investigadora, considero claves el marco teórico de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS⁷, el modelo ecológico integrado de violencia contra las mujeres de Lory Heise¹² y la Teoría de la Interseccionalidad, entre otras teorías de género que hemos aplicado en nuestros estudios. Además, me gustaría destacar la aportación de la Epidemiología y la metodología cualitativa como herramientas básicas de investigación en esta área de estudio.

La violencia puede influir negativamente en la salud de las mujeres afectadas y las personas de su entorno, entre las que destacan sus hijos e hijas. Se ve influida además por las circunstancias sociales de las personas. El marco teórico de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS aporta, en mi opinión, una perspectiva más completa e imprescindible para comprender este problema y las respuestas que requiere. Facilita la generación de hipótesis y evidencias desde la perspectiva de que la violencia de género es un problema de una gran magnitud que afecta a toda la sociedad, que debe analizarse desde una perspectiva social y no individual. Permite además profundizar en sus causas y desarrollar cursos de acción para su prevención (primaria, secundaria y terciaria), incluyendo al sector salud entre otros sectores.

El modelo ecológico integrado de violencia contra las mujeres de Lory Heise (1998) surgió a raíz de la experiencia promovida por la Organización Mundial de la Salud de realización de estudios en diferentes países del mundo. No es un modelo nuevo,

sino que integra las aportaciones de modelos teóricos explicativos de la violencia contra las mujeres anteriores que emergieron en diferentes ámbitos, incluidas las distintas teorías de género que han contribuido a la explicación de este problema. Comparte con el marco teórico de los Determinantes Sociales de la Salud la conceptualización de la violencia como un fenómeno poli-facético que se asienta en la interacción distintos los factores distribuidos en cuatro niveles de la ecología social: individual o de la historia personal (como, por ejemplo, los abusos en la infancia o el presenciar violencia contra sus madres); microsistema (relacionado, sobre todo, con las relaciones interpersonales como el hecho de que la relación de la pareja sea desigual y caracterizada por el conflicto verbal; y, también, con conducta como el consumo abusivo de alcohol); meso o exosistema (referente al entorno en el que pueden darse situaciones de riesgo como la criminalidad o el aislamiento social); y, macrosistema (en relación, por ejemplo, con los roles de género, la aceptabilidad social de la violencia contra las mujeres o el sistema patriarcal que legitima situaciones de abuso, dominación y discriminación hacia las mujeres).

La interseccionalidad, concepto propuesto por Kimberlé Crenshaw (1989)¹³, se define como la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión y discriminación que pueden ser múltiples y simultáneas, generando posiciones de privilegio y desventaja. Pone de manifiesto cómo las circunstancias sociales de las personas están influidas por sistemas de relaciones de poder fluidas y dinámicas, que operan no solo a nivel macro sino también por las interacciones diarias que se producen entre ellas. Con el enfoque de la teoría de la interseccionalidad, las desigualdades en salud, en general y, en violencia de género, en particular, no pueden reducirse como el resultado de la exposición a una única circunstancia o característica, sino del efecto combinado y acumulativo de varias de ellas. La considero una perspectiva clave para el estudio de las minorías sociales, definidas así por su posición de desventaja social en términos de poder y acceso a los recursos. De acuerdo con esta teoría, por ejemplo, en la identificación de las respuestas más efectivas ante la violencia de género en mujeres gitanas, cabe tener en cuenta como interactúan diferentes categorías de estratificación social (como la etnia, género, estatus socioeconómico) y también los procesos de discriminación, tanto históricos como presentes que les afectan (racismo, sexismo, clasismo, entre otros) que influyen no solo en el riesgo de victimización y conducta violenta, sino también son factores que determinan el acceso a los servicios.

La epidemiología, como herramienta de investigación en salud pública, nos permite describir la magnitud y distribución de la violencia de género en términos de persona, lugar y tiempo; identificar los factores que incrementan o disminuyen su riesgo y analizar cómo interactúan entre ellos, así como su efecto independiente del resto; y, evaluar las intervenciones con la finalidad de contribuir a mejorarlas en términos de eficacia, efectividad y eficiencia. Por su parte, la metodología cualitativa permite responder a preguntas de investigación más centradas en la experiencia vital de las mujeres y otras personas involucradas, entre las que cabe subrayar el valor de la perspectiva que aportan los/las profesionales de los diferentes sectores involucrados en las respuestas a este problema. En este documento, se aportan evidencias generadas con ambos tipos de enfoques metodológicos.

Caracterización de la violencia de género

La violencia de género ocurre en todo el mundo, pero su distribución difiere significativamente entre los países y dentro de ellos por las desigualdades sociales que les caracterizan. Se ha estimado que, en el mundo, una de cada tres mujeres entre 15 y 49 años ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja, llegando a alcanzar hasta una prevalencia del 37,7% en la región del Asia Sudoriental¹⁴. En Europa, se ha registrado una prevalencia media del 22% en violencia física y/o sexual y del 43% en el caso de la violencia psicológica, siendo Finlandia y Suecia los que mayores prevalencias registran de exposición a violencia de pareja alguna vez en la vida¹⁵. El riesgo de violencia de género dentro de un país, como ocurre en España¹⁶, varía en función de las características relacionadas con las mujeres y con el agresor (edad, lugar de origen, situación migratoria y/o socioeconómica), las relaciones de pareja, el contexto geográfico y social de residencia.

La violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, afecta fundamentalmente a las mujeres que son las principales víctimas, por ejemplo, en los crímenes de honor, la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados en la niñez, la explotación sexual y la prostitución o violencia sexual en contextos de crisis humanitarias y sanitarias. Las mujeres son víctimas del 64% de los homicidios que se producen en el entorno familiar y del 82% de los perpetrados exclusivamente por parejas o exparejas¹⁷. Según datos de una encuesta que realizamos en toda España sobre violencia sexual a más de 2500 jóvenes de entre 18 a 35 en 2021, las jóvenes registran un riesgo casi dos veces mayor que los chicos de la misma edad de exposición a diferentes formas de violencia sexual¹⁸. En otro estudio promovido desde la Unidad de Igualdad de la Universidad de Alicante para el contexto de la Comunidad Valenciana, en 2021, observamos que un 34% del conjunto de jóvenes participantes dijeron haber sufrido algún tipo de acoso sexual en el último año, siendo la prevalencia en chicas (44%) casi el doble que la observada en chicos (23%)¹⁹.

Además del sexo, cabe mencionar la interacción con otros factores sociales determinantes de la victimización y la conducta violenta. Mientras que la violencia psicológica es mayor entre las mujeres más jóvenes, la gravedad de la violencia física es mayor en las mujeres más mayores²⁰. Las mujeres inmigrantes adultas de cualquier edad presentan un riesgo dos veces mayor de exposición a la violencia en la pareja o expareja²¹ que las nacidas en España y un riesgo cinco veces mayor de ser asesinadas por sus parejas o exparejas^{22,23}. En estudios realizados con minorías étnicas, también se ha observado cómo el haber sufrido experiencias de discriminación en diferentes ámbitos (públicos y privados), se asocia también a un mayor riesgo de sufrir y ejercer violencia de pareja²⁴, así como una mayor aceptabilidad de ésta²⁵.

La inclusión de la orientación sexual en las encuestas ha contribuido a hacer visible cómo la prevalencia de violencia sexual en jóvenes es mayor en mujeres bisexuales (17,5%) y hombres homosexuales y bisexuales (14,2% y 10,6%, respectivamente)¹⁸. En chicas adolescentes, también hemos observado, en España, que el riesgo de violencia en las primeras relaciones de pareja aumenta en los colectivos con una orientación bisexual u homosexual²⁶. En este y otros determinantes sociales, se requiere seguir recogiendo información cuantitativa y cualitativa para integrar sus necesidades en las respuestas sociales y políticas al problema. Por último, con respecto a su incidencia en los últimos años, es difícil caracterizarla teniendo en cuenta que lo que conocemos

es la violencia que se hace visible a través de las denuncias, las encuestas o los datos de feminicidio por violencia de pareja o expareja. Hemos constatado tanto un aumento de la probabilidad de denunciar²⁷, como una disminución en la tasa de asesinatos del 3% anual²⁸. Además, se han observado cambios según las épocas del año, que suele coincidir con los periodos vacacionales, los fines de semana e incluso las olas de calor²⁹.

Durante el confinamiento por COVID-19, disminuyeron drásticamente las denuncias de todos los tipos de violencia, pero aumentaron las consultas al 016. En comparación con lo observado de marzo a junio de 2019, se dejó de denunciar uno de cada cuatro episodios³⁰. Con respecto a las que sí se realizaron, se observó un aumento de denuncias de diferentes tipos de violencia grave, sobre todo, de mujeres convivientes con sus agresores, carentes de apoyo social y que habían denunciado previamente³¹. En los estudios cualitativos que hicimos en esta línea^{32,33}, observamos que durante este periodo sí aumentó la frecuencia e intensidad de los episodios de violencia psicológica y sexual, que generó un incremento de demandas de atención psicológica, de acompañamiento y de escucha y de ayuda para cubrir las necesidades básicas de las mujeres y sus hijos e hijas.

La formación, sensibilización y reconocimiento de las diferentes formas en las que se manifiesta la violencia de género en diferentes ámbitos ha contribuido a su visibilidad y rechazo social. Puede que la violencia sea cada vez más denunciada, pero también hay indicios de una mayor exposición a factores que podríamos considerar como precipitantes, como las desigualdades sociales y de género tanto a nivel contextual como interpersonal, que suelen hacerse más evidentes y, así lo hemos observado, en contextos de crisis como la producida a raíz de la pandemia por COVID-19 o la crisis financiera del 2008³⁴, entre otras.

Una mirada hacia “las causas de las causas” de la violencia de género

Las mujeres en situación de violencia de género no son un grupo social homogéneo. Aunque su exposición a la violencia puede darse independientemente de sus características y circunstancias sociales, en la caracterización del problema ya se ha evidenciado la presencia de determinados colectivos de mujeres cuyas circunstancias sociales interactúan con el riesgo de victimización. En este sentido, cabe poner en valor las explicaciones referidas a las circunstancias sociales que caracterizan a las personas (identidad de género, el status migratorio, la situación laboral), su entorno próximo (laboral, doméstico, vecindario) y el contexto o estructura social (cultural, político, económico). También las referidas a las relaciones con las personas del entorno (familiares, amistades, parejas) y los mecanismos que influyen en las mismas (como la normativa o la cultura). Son los factores sociales determinantes de la violencia de género, también conocidos como las “*causas de las causas*” de la salud y de la enfermedad³⁵. Entre los determinantes sociales de la violencia de género que caracterizan la estructura social, a un nivel más macro como se explica en el modelo ecológico de L. Heise (1998), se encuentra el Patriarcado, entendido como un sistema de organización social, política y económica caracterizado por la desigualdad de poder y dominación de los hombres frente a las mujeres³⁶. Se erige como principal determinante social de índole estructural por su influencia en el resto de los determinantes sociales de la violencia de género³⁷. Concretamente, el Patriarcado es un sistema de organización social con influencia en la toma de decisiones políticas, en las dinámicas y relaciones que se producen en todo tipo de organizaciones, en la construcción social de

los problemas y su consideración en las agendas prioritarias (como la política, económica o de la opinión pública), así como en los valores sociales relacionados con la tolerancia o rechazo de la violencia de género en sus diferentes formas y grados. Además, influye en la construcción social de los roles y responsabilidades atribuidas a las mujeres y los hombres en la familia (por ejemplo, como principal responsable en la toma de decisiones o en las tareas de cuidado) y en las relaciones interpersonales y de pareja, que pueden ser de dominación y subordinación, conflicto y abuso. El Patriarcado también forma parte del aprendizaje que se va adquiriendo a lo largo de la vida sobre la resolución de problemas, el manejo de la frustración y la reacción ante los problemas y las situaciones de desventaja social dentro y fuera de las relaciones de pareja.

La existencia o no de leyes o normativas sobre violencia contra las mujeres, su antigüedad y desarrollo involucrando a mayor o menor número de sectores (enfoque multisectorial), el nivel de protección social y apoyo a la familia, las desigualdades de género en términos económicos, políticos y educativos y el nivel de aceptabilidad hacia la violencia son otros de los factores sociales de tipo estructural que explican las desigualdades en la distribución de la prevalencia de violencia contra las mujeres en la pareja en los países de Europa³⁸. El desempleo masculino de larga duración, las desigualdades de género en la representación política y el gasto público son también algunas de las características del contexto social que hemos observado en relación con el riesgo de violencia y feminicidio tanto a nivel nacional³⁹ como internacional⁴⁰. La interrelación entre este tipo de factores es compleja y, en ocasiones, genera efectos no esperados. En periodos de crisis, como la financiera de 2008, el empeoramiento de algunos de estos indicadores, como las tasas de desempleo, no se correspondió con un aumento del riesgo de feminicidio y lo relacionamos con otro tipo de factores de índole estructural, como la construcción social de los roles de género en la familia, que pudieron influir en que algunas mujeres silenciaron y se sometieran a las situaciones de abuso dando prioridad a los problemas de la familia, tal y como evidenciaba la disminución de divorcios que también se produjo en este periodo⁴¹. La construcción social de los roles de género, la masculinidad y feminidad, así como de las relaciones interpersonales puede considerarse uno de los determinantes estructurales clave, por ejemplo, en la explicación del riesgo de violencia de género en la población adolescente y joven, dada su importancia no sólo en las percepciones sobre la violencia y las formas que la mayoría identifica y rechaza (como la violencia física o la violación), sino también sobre otras formas de violencia que todavía parecen tener más dificultades de reconocer (como el control a través de las redes sociales, la sextorsión o el abuso sexual en la pareja)⁴². En este sentido, hemos identificado ciertas “*zonas grises*” en las narrativas de la población joven española, es decir, discursos ambivalentes que no solo normalizan, sino también contribuyen a que se reproduzcan algunas formas de violencia sexual, culpabilización de las víctimas y cuestionamiento de actitudes de rechazo en los hombres, entre otros⁴³. En población adolescente, este tipo de narrativas se relacionan con actitudes como el machismo⁴⁴ y sexismo (hostil y benevolente)⁴⁵ que a su vez se asocian a una mayor probabilidad de violencia de género, siendo la victimización más prevalente en chicas⁴⁶ y la conducta violenta en chicos⁴⁷.

En relación con la violencia de género (victimización y conducta) y población inmigrante, se hace evidente que es necesario integrar en las explicaciones la interacción de diferentes tipos de determinantes sociales relacionados con el proceso migratorio

y las desigualdades sociales. Así, el mayor riesgo de violencia de género registrado en mujeres inmigrantes en comparación con las nacidas en España, por ejemplo, puede explicarse por el efecto de situaciones propias del proceso de inmigración, como la situación administrativa o el tiempo de residencia en el país de acogida, que influye en el acceso a los recursos de apoyo formal⁴⁸; pero también cabe tener en cuenta otras características de riesgo comunes con las mujeres víctimas nacidas en España, como la falta de apoyo social, el desempleo, los procesos de separación o divorcio o el bajo nivel educativo que, en el caso de las mujeres inmigrantes, registran además asociaciones más fuertes (mientras que las mujeres nacidas en España en proceso de separación o divorcio registran un riesgo casi dos veces mayor de violencia, las mujeres inmigrantes en este mismo proceso registran un riesgo casi cuatro veces mayor)⁴⁹. Además, en el análisis de todas estas interrelaciones, cabe tener en cuenta que se producen en un contexto social en el que prevalecen las desigualdades de género en diferentes ámbitos y abocan a las mujeres inmigrantes a una situación de mayor desventaja social con respecto a los hombres.

Desigualdades sociales en el acceso a los servicios de apoyo formal

Los determinantes de acceso a los servicios de salud es un tema central sobre el que se han desarrollado diversos modelos teóricos en la investigación en salud pública y sobre servicios sanitarios^{50,51}. El estudio de la accesibilidad de las mujeres a los servicios relacionados con la violencia de género se refiere a la facilidad o las dificultades con la que las mujeres pueden hacer uso de estos en función de no solo su disponibilidad y cercanía, sino también de otros factores relacionadas con las características de los recursos, sus profesionales y las propias mujeres⁵². En esta línea de trabajo, hemos constatado en diversos estudios la conocida “*Ley de cuidados inversos*” de Julian Tudort (1971)⁵³, que hace referencia a cómo las dificultades de acceso a los servicios de apoyo formal suelen ser mayores entre los colectivos de mujeres que mayor riesgo de exposición a la violencia de género registran.

Las mujeres jóvenes y adolescentes, por ejemplo, han sido identificadas como un colectivo en especial riesgo y, sin embargo, su uso de los servicios de apoyo formal como los servicios sanitarios, de apoyo social y legal e incluso las asociaciones es menor que el observado en mujeres más mayores⁵⁴. En parte, la utilización de servicios de apoyo formal se ve influida por el tipo de violencia, siendo los casos de violencia física y/o sexual los que con mayor frecuencia hacen uso de los servicios de apoyo de este tipo de recursos. Además, también se han identificado barreras de acceso relacionadas con su disponibilidad, aceptación, equidad, adecuación y efectividad⁵⁵.

En términos de disponibilidad, por ejemplo, limitan el acceso de las jóvenes a los recursos de apoyo y asesoramiento formal la falta de información sobre los servicios o el hecho de la mayoría de los servicios tengan un horario que coincide con el lectivo. En términos de aceptación, son claves la confianza en los servicios que puede verse mermada por la falta de formación y capacidad de adaptación de los servicios y sus profesionales a las necesidades específicas de las jóvenes. En relación con la equidad, se plantean barreras como la inexistencia de medidas, estrategias y protocolos en los que se haga referencia explícita a las necesidades específicas de colectivos de jóvenes en los que se entrecruzan diversas circunstancias sociales (como el

pertenecer a una minoría étnica). Por último, en términos de efectividad, influye la calidad de los servicios y de la atención prestada en los mismos, un tema que abordaré en el siguiente epígrafe.

En el caso de mujeres inmigrantes y pertenecientes a minorías étnicas, también se han evidenciado la mayoría de las barreras anteriormente expuestas a las que se unen otras relacionadas con el hecho de si la situación administrativa de las mujeres les permite o no el acceso a los recursos (acceso); los problemas de comunicación por el idioma o experiencias de discriminación en su contacto con los servicios y profesionales que pueden mermar la confianza de las mujeres (aceptabilidad); la inexistencia de iniciativas que respondan a sus necesidades específicas y que coexistan con las dirigidas a toda la población (equidad); y, el desconocimiento y falta de formación de los/las profesionales sobre dichas necesidades y otras circunstancias de las mujeres inmigrantes y pertenecientes a minorías étnicas (adecuación)^{56,57}. El análisis de los determinantes de acceso a los servicios de apoyo formal también se ha aplicado en otros colectivos sociales como el LGTBIQ+⁵⁸.

De la experiencia de los estudios realizados en esta área, se pone de manifiesto la existencia de diferentes tipos de barreras a pesar de la universalidad de este tipo de servicios como ocurre, por ejemplo, en España. La aplicación de modelos originalmente desarrollados para analizar las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios de colectivos de población en situaciones de vulnerabilidad social facilita esta línea de trabajo que amplía nuestra comprensión sobre las desigualdades sociales de la violencia de género.

Claves en la efectividad de la respuesta formal. Nuestra experiencia sobre los servicios sanitarios

En este apartado, se profundiza en las respuestas que pueden brindar las organizaciones y sus profesionales, que anteriormente se han identificado como recursos formales de apoyo y asesoramiento. Concretamente, se describen los factores que favorecen la capacidad de los servicios y la praxis profesional a partir de nuestra experiencia en atención primaria de salud en España. Los servicios sanitarios, en general, y atención primaria de salud, en particular, tienen un papel clave en la atención y prevención de la violencia en diferentes niveles dado su impacto en la salud de las mujeres y sus hijos e hijas⁵⁹. El contacto con los servicios sanitarios puede ser uno de los principales que las mujeres realizan en su búsqueda de apoyo formal⁶⁰. Además, son claves para otras acciones de prevención primaria y secundaria. Sin embargo, las respuestas de los servicios y sus equipos no siempre se traducen en la práctica profesional que requieren las mujeres⁶¹.

La Organización Mundial de salud ha desarrollado diversas guías que permiten definir las respuestas del sector sanitario y sus profesionales, siendo una de las más recientes de 2020 en relación con las respuestas en el contexto de pandemia por COVID-19¹. Desde 2014, existe un consenso general sobre algunas acciones que pueden realizarse desde los servicios sanitarios: estar alerta y detectar posibles signos y síntomas, prestar atención sanitaria, documentar las evidencias, informar sobre los recursos

¹ Varias de las guías más recientes están disponibles en: <https://www.who.int/activities/strengthening-health-sector-response-to-gender-based-violence-in-humanitarian-emergencies>

existentes, coordinarse con otros servicios a los que acompañar y realizar seguimiento de los casos⁶². La disponibilidad de este tipo de documentos de referencia facilita la evaluación de la respuesta del sistema sanitario y sus profesionales, como tuvimos la oportunidad de realizar entre 2013 y 2015 en relación con los factores que favorecen que los equipos de atención primaria respondan mejor a los casos de violencia de género⁶³.

Entre las claves identificadas con relación a las respuestas del sector salud, emergen por su relevancia el apoyo institucional, las características de los servicios y de sus profesionales⁶⁴. Entre los factores relacionados con el apoyo institucional, se identificó el reconocimiento de la violencia como un problema de salud pública y la importancia de incluirlo entre las competencias profesionales sanitarias, así como la existencia de un protocolo de actuación en esta materia y su conocimiento y manejo por parte de los equipos profesionales.

En cuanto a las características de los servicios, destaca una atención a la salud centrada en la persona, concretamente en las necesidades de las mujeres y, especialmente, en sus circunstancias sociales². También se incluye un buen clima de trabajo, favorecido por los factores contextuales mencionados y los relacionados con los equipos profesionales. En estos últimos, la formación, la autoeficacia, la experiencia profesional y el nivel de concienciación sobre la importancia de implicarse en las respuestas emergen consistentemente como facilitadores. En la formación precisamente, la universidad también tiene un papel importante tal y como hemos recogido desde la perspectiva de diferentes profesionales con competencias en la atención de este tema como es el caso de la enfermería y el trabajo social^{65,66}.

Prevención de la violencia de género y equidad social

La meta de la erradicación de la violencia de género está presente en muchas de las políticas y declaraciones presentes en la actualidad. Se trata de un objetivo ambicioso que requiere respuestas vinculadas a la lucha contra las desigualdades sociales tal y como se ha evidenciado a lo largo de este documento. En este último apartado, se realizan una serie de recomendaciones basadas en los principios básicos y enfoques para el desarrollo de estrategias de acción sobre los factores sociales determinantes de la salud y las desigualdades en salud⁶⁷.

Con respecto a los principios básicos, cabe mencionar por su importancia la consideración de las características del contexto, la implicación de diversos sectores de relevancia y la promoción de la participación social.

2 Atención centrada en la persona: forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las necesidades sociales. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. Definición disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf

- El diseño de estrategias para el abordaje de las desigualdades sociales de la violencia de género (las causas de las causas) debe considerar las características de los contextos (países, regiones u otros ámbitos de aplicación). Cabe tener en cuenta, por ejemplo, la magnitud del problema, la percepción social sobre el mismo, las políticas existentes relacionadas con la violencia de género, entre otros factores que distinguen a un contexto de otro.
- La aplicación de un enfoque intersectorial, referido a la necesidad de integrar a diferentes sectores de relevancia (salud, servicios sociales, educación, justicia, seguridad, medios de comunicación) para abordar de manera más efectiva, eficiente y sostenible las desigualdades sociales. En relación con la violencia de género, cabe considerar la importancia de integrar y promover la acción coordinada de diferentes sectores relacionados con la educación, justicia, policía, servicios sociales, sanidad, en diferentes niveles (internacional, nacional, regional y local) dada su relación con la prevalencia de violencia de género en los países europeos³⁸.
- Promoción de la participación social, definida como la participación activa de las mujeres afectadas, las comunidades u organizaciones comunitarias en la toma de decisiones y el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones. Informar o consultar para obtener apoyo para acciones ya decididas por gobiernos u organizaciones no podría considerarse participación social⁶⁸. La participación social incluye la promoción de redes entre el sector de la salud y la sociedad civil (organizaciones de migrantes, mujeres y romaníes, entre otros) y empoderar a las comunidades y, en particular, a colectivos de especial riesgo social y ante la violencia de género

Con respecto a los enfoques para el desarrollo de intervenciones sobre las desigualdades sociales de la violencia de género, pueden identificarse diferentes puntos de entrada relacionados con las causas, las consecuencias, los colectivos de especial riesgo y el acceso a los recursos formales de apoyo.

- Con respecto a la exposición y sus causas, se requieren estrategias orientadas a la reducción del impacto de los ejes de desigualdad social descritos anteriormente en función del género, la etnia, la orientación sexual, la clase social, entre otros. Este enfoque aplicado a las políticas de violencia de género requiere una referencia explícita a la lucha contra el machismo, la homofobia, el racismo, entre otras formas de opresión mediadas por dichos ejes de desigualdad. Requiere también vincular la lucha contra violencia de género con la reducción de la desigualdad salarial entre hombres y mujeres, el techo de cristal o la promoción de mujeres en puestos de toma de decisiones con las acciones políticas contra la violencia de género. La equidad de género en la educación, el empleo y los diferentes ámbitos de toma de decisiones, se relacionan con las desigualdades sociales de la violencia de género y, por tanto, también con su prevención en distintos niveles.

- Con respecto a las consecuencias de la violencia de género, se requieren estrategias dirigidas a las desigualdades sociales que forman parte de éstas. La violencia de género es un problema de salud pública y también un determinante social de la salud. Genera consecuencias en la salud y el bienestar de las mujeres y sus familias relacionadas con su situación económica, laboral, nivel educativo, entre otras. Además de atender los problemas de salud y psicológicos, la atención sobre estas consecuencias en las circunstancias sociales (económicas, laborales, académicas, relacionadas con la vivienda) puede ser clave para empoderar a las mujeres y reafirmarlas en su toma de decisiones.
- Las evidencias sobre la distribución del riesgo de la violencia de género ponen de manifiesto la necesidad de un marco centrado en colectivos de mujeres en situación de desventaja social. Este enfoque exige, en primer lugar, que se reconozcan y se hagan visibles las desigualdades sociales de la violencia de género. Se requiere, en este sentido, de apoyo institucional que promueva la investigación y sistemas de vigilancia epidemiológica que hagan más visibles a estos colectivos de mujeres.
- También se requiere el desarrollo de intervenciones y respuestas políticas que combinen el enfoque poblacional (dirigido a toda la población o todas las mujeres) y el de población de riesgo (más dirigido a las necesidades específicas de colectivos de población de mayor riesgo)⁶⁹. La perspectiva poblacional es básica para acciones orientadas a disminuir las desigualdades sociales en toda la población, así como también su exposición a factores con influencia en la violencia de género. Desde esta perspectiva, se plantean, por ejemplo, intervenciones educativas dirigidas a toda la población adolescente para promoción de activos o factores protectores frente a la violencia de género como el rechazo al machismo, sexismo y la violencia⁷. Sin embargo, la efectividad de este tipo de iniciativas depende de que también se lleven a cabo acciones específicas para determinados colectivos que corresponderían al enfoque de población de riesgo. Siguiendo el ejemplo, cabría complementar con contenidos y metodologías de trabajo que incluyan las necesidades específicas de colectivos de mayor riesgo como las chicas adolescentes, las mujeres inmigrantes o la población joven de colectivos LGTBQ+.

Con respecto a los recursos de apoyo formal, se ha evidenciado la existencia de diferentes tipos de barreras de acceso que se entrecruzan con las desigualdades sociales y que merman la efectividad de los propios servicios. Mejorar el acceso a los recursos de apoyo formal requiere actuaciones sobre los servicios y sus profesionales³. En

³ Algunos ejemplos, los recogimos en Vives-Cases, Carmen, La Parra, Daniel, Goicolea, Isabel, Felt, Emily, Briones-Vozmediano, Erica. et al. Preventing and addressing intimate partner violence against migrant and ethnic minority women: the role of the health sector: policy brief. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344705>

cuanto a los propios servicios, se evidencia la importancia de reconocer, hacer un seguimiento y proponer estrategias para reducir las distintas barreras de acceso que pueden encontrar las mujeres que necesiten este tipo de apoyo. De igual forma, identificar y combatir la discriminación institucional por género, etnia o estatus migratorio, entre otros. Se tratan de mejoras en las que se requieren apoyo institucional, recursos económicos y humanos. Los profesionales, por su parte, requieren alianzas con equipo de trabajo multidisciplinarios de diferentes sectores, incluidas las asociaciones; acceso a información sobre iniciativas prometedoras para la reducción de las desigualdades sociales en violencia de género; y, formación tanto en el tema como en las necesidades de los distintos colectivos sociales. En este última, la universidad tiene un papel clave en la formación desde los distintos grados.

Bibliografía

1. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado nº 240. Sección I. Páginas 104593-104626; 2011.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
3. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Legislation on violence against women: overview of key components. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(1):61–72.
4. Gita S, Östlin P. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Stockholm: Karolinska Institute; 2007. Disponible en: <https://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2012/02/Unequal-Unfair-Ineffective-and-Inefficient-Gender-Inequity-in-Health.pdf>
5. Palma-Solis M, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C. Gender progress and government expenditure as determinants of femicide. *Ann Epidemiol*. 2008 Apr;18(4):322-9.
6. Sanz-Barbero B, Corradi C, Otero-García L, Ayala A, Vives-Cases C. The effect of macrosocial policies on violence against women: a multilevel study in 28 European countries. *Int J Public Health*. 2018 Nov;63(8):901-911.
7. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper 2. 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>.
8. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2006. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>.
9. Informe mundial sobre violencia y salud. Organización Mundial de salud; 2002. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf?sequence=1
10. Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, Sanz-Barbero B, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M, Lillo-Crespo M, Bowes N, Neves S, Mocanu V, Carausu EM, Pyzalski J, Forjaz MJ, Chmura-Rutkowska I, Vieira CP, Corradi C. Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health* 2019; 19: 389-401.
11. Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia?. *Med Clin* 2006; 126 (3): 101-104.

12. Heise L. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*. 1998;4(3):262-290.
13. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. Chicago: University of Chicago Legal Forum; 1989.
14. World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
15. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Violence against Women: an EU-wide survey. 2014. Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>.
16. Sanz-Barbero B, Vives-Cases C, Otero-García L, Muntaner C, Torrubiano-Domínguez J, O'Campo P. Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. *Eur J Public Health* 2015; 25 (6): 1105-11.
17. UNODCa. Global Study on Homicide 2019. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>
18. Sanz-Barbero B, Saurina C, Serra L, Renart Vicens G, Vall-Llosera Casanovas L, Otero-García L, López MJ, Perez G, Vives-Cases C. Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study in Spain. *BMJ Open* 2021 Nov; 11(11): e055227.
19. Vives-Cases C, Sanz-Barbero B, Espinar, E. Estudio y diagnóstico violencia sexual y uso de pornografía entre jóvenes de la Comunidad Valenciana. 2020. Universidad de Alicante. Disponible en: <https://web.ua.es/es/unidad-igualdad/xx-recursos/informes.html>
20. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One* 2019; 14 (10): e0221049.
21. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Gil-González D. Social determinants and health effects of low and high severity intimate partner violence. *Ann Epidemiol* 2011; 21(12): 907-13.
22. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit* 2016; 30 (4): 272-8.
23. Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). *Gac Sanit* 2008; 22(3):232-5.

24. Forster M, Grigsby TJ, Soto DW, Sussman SY, Unger JB. Perceived discrimination, cultural identity development, and intimate partner violence among a sample of Hispanic young adults. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2017;23(4): 576-582.
25. Vives-Cases C, La Parra-Casado D, Gil-González D, Caballero P. Acceptability of Violence Against Women Among the Roma Population in Spain. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(11-12):5795-5812.
26. Vives-Cases C, Pérez-Martínez V, Davó-Blanes M, Sánchez-SanSegundo M, Gil-González D, G Abiétar D, Sánchez-Martínez F, Forcadell-Díez L, Pérez G, Sanz-Barbero B. Dating violence and associated factors among male and female adolescents in Spain. *PLoS One* 2021; 16 (11): e0258994.
27. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Alvarez-Dardet C. Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el período 1998-2006. *Rev Esp Salud Publica* 2008; Jan-Feb;82(1):91-100.
28. Sanz-Barbero B, Vallejo Ruiz de León F, Carmona R, Vives-Cases C. Análisis temporal de los asesinatos de mujeres por violencia de género en España a lo largo de 15 años (2003-2017). Ministerio de Igualdad; 2021. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2021/estudios/analisis_asesinatos.htm
29. Sanz-Barbero B, Linares C, Vives-Cases C, González JL, López-Ossorio JJ, Díaz J. Heat wave and the risk of intimate partner violence. *Sci Total Environ* 2018; 644: 413-419.
30. Vives-Cases C, La Parra-Casado D, Estévez JF, Torrubiano-Domínguez J, SanzBarbero B. Intimate Partner Violence against Women during the COVID-19 Lockdown in Spain. *Int J Environ Res Public Health*; 2021, 18(9): 4698.
31. Vives-Cases C, La Parra-Casado D, Otero-García L, Briones-Vozmediano E, Torrubiano-Domínguez J, Sanz-Barbero B. Aprendizaje del impacto de la pandemia COVID-19 en los recursos de atención a la violencia de género. Policy brief 2021. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116985/1/Policy-brief-VIOGENxCOVID_def.pdf
32. Vives-Cases C, La Parra-Casado D, Briones-Vozmediano E, March S, María García-Navas A, Carrasco JM, Otero-García L, Sanz-Barbero B. Coping with intimate partner violence and the COVID-19 lockdown: The perspectives of service professionals in Spain. *PLoS One* 2021; 16 (10): e0258865. doi: 10.1371/journal.pone.0258865.
33. Benedicto-Subirá C, Otero-García L, Briones-Vozmediano E, Sanz-Barbero B, Ruiz L, García-Navas A, Carrasco JM, Vives-Cases C. Respuesta sanitaria a la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. XXXIX Reunión Científica Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit* 2021; 35 Supl Congr: 69..
34. Sanz-Barbero B, Vives-Cases C, Otero-García L, Muntaner C, Torrubiano-Domínguez J, O'Campo P. Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1105-11.

35. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365 (9464): 1099-104.
36. Walby, S. *Theorizing Patriarchy*. Cambridge: Basil Blackwell; 1990.
37. Artazcoz L, Garrido A, Juárez O, Otero I, Pasarín M, Pérez K, Pérez G, María S. Violencia machista en el ámbito de la pareja desde una perspectiva de salud pública: marco conceptual. *Societat. Revista de investigación y análisis social*. Ayuntamiento de Barcelona. 2019. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/10-actualitat-violencia-masclista-es.pdf>
38. Sanz-Barbero B, Corradi C, Otero-García L, Ayala A, Vives-Cases C. The effect of macrosocial policies on violence against women: a multilevel study in 28 European countries. *Int J Public Health* 2018; 63 (8): 901-911.
39. Sanz-Barbero B, Otero-García L, Vives-Cases C. Factors Associated with Women's Reporting of Intimate Partner Violence in Spain. *J Interpers Violence* 2018; 33 (15): 2402-2419.
40. Palma-Solis M, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C. Gender progress and government expenditure as determinants of femicide. *Ann Epidemiol* 2008; 18 (4): 322-9.
41. Torrubiano-Domínguez J, Vives-Cases C, San-Sebastián M, Sanz-Barbero B, Goicolea I, Álvarez-Dardet C. No effect of unemployment on intimate partner-related femicide during the financial crisis: a longitudinal ecological study in Spain. *BMC Public Health* 2015; 15: 990.
42. Nardini K, Cerdán-Torregrosa A, Vives-Cases C. Ambivalencias discursivas sobre violencia de género, masculinidades y feminidades en jóvenes en España. *Gac Sanit* 2021; 35 (Supl. Congr): 95.
43. Cerdán-Torregrosa A, Nardini K, Vives-Cases C. "I reject it, but that's what normally happens": Grey zones of gender-based violence and gender roles in young people. *J Interpers Violence* (en revisión).
44. Pérez-Martínez V, Sanz-Barbero B, Ferrer-Cascales R, Bowes N, Ayala A, Sánchez-SanSegundo M, Albaladejo-Blázquez N, Rosati N, Neves S, Pereira Vieira C, Jankowiak B, Waszyńska K, Vives-Cases C. The Role of Social Support in Machismo and Acceptance of Violence Among Adolescents in Europe: Lights4Violence Baseline Results. *J Adolesc Health* 2021; 68 (5): 922-929.
45. Ayala A, Vives-Cases C, Davó-Blanes C, Rodríguez-Blázquez C, Forjaz MJ, Bowes N, DeClaire K, Jaskulska S, Pyzalski J, Neves S, Queirós S, Gotca I, Mocanu V, Corradi C, Sanz-Barbero B. Sexism and its associated factors among adolescents in Europe: Lights4Violence baseline results. *Aggress Behav* 2021; 47(3): 354-363.
46. Vives-Cases C, Sanz-Barbero B, Ayala A, Pérez-Martínez V, Sánchez-SanSegundo M, Jaskulska S, Antunes das Neves AS, Forjaz MJ, Pyzalski J, Bowes N, Costa D, Waszyńska K, Jankowiak B, Mocanu V, Davó-Blanes MC. Dating Violence Victimization among

- Adolescents in Europe: Baseline Results from the Lights4Violence Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18 (4): 1414.
47. Madrona-Bonastrea R, Sanz-Barbero B, Pérez-Martínez V, Abiétard D, Sánchez-Martínez F, Forcadell-Díez LI, Pérez G, Vives-Casesa C. Sexismo y violencia de género en adolescentes. *Gac Sanit* 2022 (en prensa).
 48. Vives-Cases C, La Parra D. Help-Seeking Behavior Among Moroccan, Romanian, and Ecuadorian Women Experiencing Intimate Partner Violence in Spain. *Violence Vict*. 2017 Aug 1;32(4):754-768.
 49. Vives-Cases C, Gil-González D, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Torrubiano-Domínguez J. Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: a cross-sectional study. *Prev Med* 2010; 51 (1): 85-7.
 50. World Health Organization. Making Health Services Adolescent Friendly - Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services. 2012. Disponible en: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf?ua=1
 51. World Health Organization. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen; 2010. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf
 52. Robinson SR, Ravi K, Voth Schrag RJ. A Systematic Review of Barriers to Formal Help Seeking for Adult Survivors of IPV in the United States, 2005-2019. *Trauma Violence Abuse*. 2021 Dec;22(5):1279-1295.
 53. Hart JT. The inverse care laws. *Lancet*. 1971; 1 (7696): 405-12.
 54. Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish Intimate Partner Violence Survivors Help-Seeking Strategies Across the Life Span. *Journal of Interpersonal Violence* 2022; 37(11-12): NP8651-NP8669.
 55. Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? *Health Expect*. 2022 Jun;25(3):1058-1068.
 56. Briones-Vozmediano E, La Parra-Casado D, Vives-Cases C. Health Providers' Narratives on Intimate Partner Violence Against Roma Women in Spain. *Am J Community Psychol*. 2018 Jun;61(3-4):411-420.
 57. Briones-Vozmediano E, La Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. 2015 Dec;18(6):2994-3006.

58. Calton JM, Cattaneo LB, Gebhard KT. Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse*. 2016 Dec;17(5):585-600.
59. Stubbs A, Szoek C. The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2021 Feb 5:1524838020985541. doi: 10.1177/1524838020985541. Epub ahead of print.
60. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues*. 2011 Sep-Oct;21(5):400-6.
61. Briones-Vozmediano E, Maquibar A, Vives-Cases C, Öhman A, Hurtig AK, Goicolea I. Health-Sector Responses to Intimate Partner Violence: Fitting the Response Into the Biomedical Health System or Adapting the System to Meet the Response? *J Interpers Violence*. 2018; 33 (10): 1653-1678.
62. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>
63. Goicolea I, Vives-Cases C, San Sebastian M, Marchal B, Kegels G, Hurtig AK. How do primary health care teams learn to integrate intimate partner violence (IPV) management? A realist evaluation protocol. *Implement Sci*. 2013; 8:36
64. Goicolea I, Vives-Cases C, Hurtig AK, Marchal B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, San Sebastian M. Mechanisms that Trigger a Good Health-Care Response to Intimate Partner Violence in Spain. Combining Realist Evaluation and Qualitative Comparative Analysis Approaches. *PLoS One* 2015; 10 (8): e0135167.
65. García-Quinto M, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Goicolea I, Vives-Cases C. Social workers' perspectives on barriers and facilitators in responding to intimate partner violence in primary health care in Spain. *Health Soc Care Community*. 2022 Jan;30(1):102-113.
66. Maquibar A, Hurtig AK, Vives-Cases C, Estalella I, Goicolea I. Nursing students' discourses on gender-based violence and their training for a comprehensive healthcare response: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2018 Sep ;68: 208-212.
67. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva; World Health Organization; 2010. Disponible en: <https://nccd.hk.ca/resources/entry/a-conceptual-framework>
68. Frances-García F, La Parra-Casado D. Herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud. *Gac Sanit* 2022; 36: 60-63.

69. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107791>
70. Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, Sanz-Barbero B, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M, Lillo-Crespo M, Bowes N, Neves S, et. al. Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health* 2019; 19 (1): 389.