

Lliçó Inaugural  
Curs Acadèmic 2022-2023

## PREVENCIÓ DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE DES DE LA PERSPECTIVA DE LA SALUT PÚBLICA



per  
Carmen Vives Cases

Catedràtica de Medicina Preventiva  
i Salut Pública



Universitat d'Alacant  
15 de setembre de 2022

# Lliçó Inaugural

## Curs Acadèmic 2022-2023

U n i v e r s i t a t d ' A l a c a n t



# PREVENCIÓ DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE DES DE LA PERSPECTIVA DE LA SALUT PÚBLICA

CARMEN VIVES CASES

CATEDRÀTICA DE MEDICINA PREVENTIVA I SALUT PÚBLICA

És per a mi un honor impartir la lliçó inaugural del curs acadèmic 2022-2023 de la Universitat d'Alacant. Enguany ha correspost a la Facultat de Ciències de la Salut, i agraïsc al seu degà, el Dr. Jose Antonio Hurtado, i a l'equip deganal haver-me proposat per a realitzar-la.

Quan estava fent una revisió final a aquest document, la Federació de Dones Separades i Divorciades donava compte d'una altra dona assassinada per la seua parella o exparella el 16 d'agost de 2022. Amb aquest cas, ja sumem 29 femicidis des de principi d'any, més d'un miler si tenim en compte les últimes dues dècades només a Espanya. La violència de gènere contra les dones és un atemptat contra els drets humans que afecta la societat en el seu conjunt de tots els països del món. Visibilitzar-la és clau per a la generació i l'exigència de respostes polítiques. En aquesta tasca poden contribuir diferents agents socials entre els quals hi ha la universitat i els seus professionals. Aquest és el tema al qual he dedicat una part important de la meua trajectòria investigadora i que he triat per a aquesta lliçó inaugural. Es tracta d'un problema social i de salut pública de tanta complexitat, que són moltes les disciplines amb el potencial de contribuir prevenir-lo i, entre aquestes disciplines, es troba l'àrea de coneixement de medicina preventiva i salut pública en la qual he desenvolupat la meua trajectòria professional com a sociòloga i salubrista.

En l'Assemblea General de l'Organització Mundial de la Salut de 1996 es va declarar la prevenció de la violència una prioritat de salut pública. Aquesta declaració feia referència a diferents classes de violència (institucional, interpersonal, autoinfligida), entre les quals hi havia la violència contra les dones. En menys de tres dècades comptem amb una creixent investigació a escala mundial, així com un considerable desenvolupament de normatives i polítiques a diferents nivells. Des de la investigació i intervenció en salut pública s'està contribuint a aquesta prolifera àrea d'estudi i intervenció, i el propòsit d'aquesta lliçó inaugural és mostrar-ne una part basant-me en els resultats d'alguns dels meus projectes d'investigació sobre desigualtats socials en violència de gènere, joves, adolescents, minories ètniques i immigrants, i les respostes del sector salut. L'omissió d'altres temes també rellevants en salut pública es deu a les limitacions de temps i espai d'aquesta lliçó, així com a les de la meua pròpia experiència professional.

La salut pública es pot definir com *«el conjunt d'activitats organitzades per les administracions públiques, amb la participació*

*de la societat, per a prevenir la malaltia, com també per a protegir, promoure i recuperar la salut de les persones del territori o regió, tant en l'àmbit individual com en el col·lectiu i mitjançant accions sanitàries, sectorials i transversals».<sup>1</sup>*

Es defineix, així, com una disciplina orientada a la pràctica professional amb un enfocament eminentment poblacional o social, en la qual té cabuda el sector salut de manera explícita però no exclusiva. En aquest sentit, m'agradaria també subratllar l'aplicabilitat i el potencial per a transferència que caracteritza la investigació en salut pública. Precisament, la declaració de l'OMS que he esmentat adés emfatitza com a prioritat de salut pública la prevenió de la violència, en general, i de la violència contra les dones, en particular. Encarar aquest repte requereix generar evidències sobre la magnitud, la causalitat, les desigualtats, les conseqüències i l'efectivitat de les respostes polítiques al problema. També requereix el desenvolupament de xarxes de suport i amb influència en els òrgans responsables de la presa de decisions, a més de promoure l'acostament a la perspectiva i l'experiència vital de les dones i altres persones afectades. En aquest document s'aporten algunes d'aquestes evidències en les quals he tingut l'oportunitat de treballar amb la finalitat de mostrar el potencial de la salut pública en la prevenió d'aquest problema.

Un dels valors que vaig aprendre quan vaig començar a col·laborar en projectes d'investigació en salut pública és el treball en equip. Els continguts i les referències que he utilitzat per a elaborar aquest document són fruit precisament del treball col·laboratiu que he tingut l'oportunitat de realitzar amb col·legues de la Universitat d'Alacant i d'altres institucions dins i fora d'Espanya. D'aquest treball en equip m'agradaria destacar-ne els aprenentatges adquirits. La investigació en aquest tema, com passa amb la majoria dels problemes de salut pública, requereix diferents enfocaments teòrics i metodològics, que difícilment es poden aportar des d'una sola disciplina o especialitat. Cal destacar com a valor afegit d'aquest treball en equip la multidisciplinarietat, especialment entre les ciències socials i les ciències de la salut.

## **Introducció. Conceptes bàsics**

La delimitació conceptual dels problemes és imprescindible per a determinar sobre què cal recollir informació, desenvolupar respostes i avaluar-ne l'efectivitat. En el tema triat, la majoria dels conceptes que són clau per al seu estudi i comprensió procedeixen de les ciències socials, com és el cas del mateix concepte de violència de gènere.

La definició més acceptada és la proposada en l'Assemblea General de Nacions Unides de 1993,<sup>2</sup> que fa referència a diferents formes de violència que majoritàriament pateixen les dones pel fet de ser dones. Comprèn diferents classes de violència (física, sexual, psicològica, econòmica, entre d'altres) que poden adoptar formes diferents, des de la violència contra les dones en la parella, la mutilació genital femenina, l'explotació sexual, els matrimonis forçats a edats primerenques o el femicidi. La violència contra les dones en la parella o exparella és una forma de violència de gènere que ha rebut una atenció especial tant en la investigació com en les polítiques en l'àmbit nacional i internacional. La seua visibilitat facilita la tasca investigadora i

posa de manifest la rellevància d'aquest problema en termes de magnitud, impacte en la salut i benestar de les dones i de tota la societat.

L'ús indistint del concepte de violència de gènere amb el de violència contra les dones o violència contra les dones en la parella, si bé encara no és habitual en la legislació sobre aquest tema del context internacional,<sup>3</sup> sí que sol donar-se tant en les polítiques com investigacions del nostre context, en part, per la Llei orgànica 1/2004, de protecció integral contra la violència de gènere. Aquest ús indistint dels termes no exclou del concepte de violència de gènere altres formes de violència contra les dones amb les quals pot compartir marcs teòrics i enfocaments per a la intervenció, tal com evidencien els plans i lleis desenvolupats en les diferents comunitats autònomes.

En el concepte de violència de gènere cal destacar l'ús del terme gènere perquè dona un lloc central a les desigualtats de gènere en l'explicació d'aquest problema. El gènere és una construcció social que atribueix simbòlicament les expectatives i valors que cada cultura atribueix als homes i a les dones. Genera desigualtats en la distribució del poder social, que generalment situa les dones i tot el que s'associa a la feminitat en una posició de subordinació. A més, influeix en l'exposició als factors que poden posar en risc la salut de la població.<sup>4</sup> En el cas de la violència i femicidi, s'ha palesat la relació amb les desigualtats de gènere, fins i tot del context social, referides, per exemple, a la paritat de gènere en la representació parlamentària, el nivell de desenvolupament de gènere de les regions o les polítiques de suport a la conciliació i la família.<sup>5,6</sup>

El tema central d'aquest document és que per a comprendre aquest greu problema de salut pública i respondre-hi cal considerar l'efecte de les circumstàncies socials de les persones. Les dones en risc o ja en situació de violència de gènere no són un grup social homogeni. La societat en el seu conjunt està de fet caracteritzada per les desigualtats socials. En l'estudi dels problemes de salut pública com la violència de gènere és important tenir en compte l'efecte dels factors socials determinants de la salut, que es refereixen a les circumstàncies socials en les quals les persones naixen, viuen i envelleixen. La situació socioeconòmica, la desocupació, el masclisme, l'homofòbia, fins i tot les condicions de l'habitatge o el barri són uns quants exemples de factors socials amb influència en la salut de la població. Es tracta d'un concepte encunyat amb la Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut, que posa de manifest que l'exposició o risc de malaltia, discapacitat i mortalitat està influïda (i provocada) per les desigualtats socials en la distribució de poder i recursos en diferents nivells, fonamentalment des de l'estructura social (en les quals operen les polítiques, la cultura, l'economia i les desigualtats per gènere, ètnica, classe social, entre d'altres) a altres espais intermedis (treball, àmbit domèstic, els serveis sanitaris, entre d'altres).<sup>7</sup>

Els factors socials determinants de la salut i de la violència de gènere també expliquen les desigualtats en la distribució del risc i accés als recursos formals d'assessorament i suport, a més de les conseqüències que té aquest problema. Les inequitats en salut o desigualtats en salut fan referència a les diferències que són injustes, produïdes socialment i sistèmiques o resultat

de pautes consistents o estructurals que es donen en la població.<sup>8</sup> En aquest document s'aporten algunes evidències de les pautes estructurals que generen desigualtats en la distribució del risc de la violència de gènere i en l'accés als recursos formals de suport amb la finalitat de mostrar cursos d'acció per a promoure l'equitat social com a enfocament per a prevenir-la.

El concepte de prevenció en salut pública fa referència a actuacions en diferents nivells, tal com es va introduir ja en el primer Informe sobre violència i salut de l'OMS.<sup>9</sup> La prevenció primària fa referència a les accions orientades a prevenir la violència en població que mai ha estat exposada a aquest problema. S'hi inclourien, per exemple, les intervencions educatives adreçades a població adolescent que fomenten actituds de rebuig a la violència, el masclisme i la desigualtat de gènere o promoure habilitats personals per a desenvolupar relacions interpersonals positives i igualitàries (empatia, assertivitat, capacitat de resoldre problemes, autoestima, entre d'altres).<sup>10</sup> La prevenció secundària es dirigeix a poblacions en risc, per exemple, xiquets i xiquetes que han patit abusos o altres formes de violència en el context familiar, i inclou actuacions per a la detecció precoç de casos per a evitar situacions de més gravetat o letalitat.<sup>11</sup> Finalment, la prevenció terciària està enfocada en la prevenció de recurrències (o doble victimització) i l'augment del risc de mortalitat. En aquest nivell de prevenció adquireixen una importància especial, per exemple, les actuacions adreçades a enfortir la salut psicològica i física com altres relatives a l'apoderament social, econòmic i laboral de les dones afectades i els seus fills i filles, com també la posada en pràctica de mesures de protecció policial i social.

### **Enfocaments teòrics i metodològics**

La investigació i l'acció en violència de gènere des de la perspectiva de la salut pública s'ha nodrit de diverses aproximacions de les ciències socials i les ciències de la salut. Per al desenvolupament d'aquest document, i en la meua pròpia trajectòria investigadora, considere clau el marc teòric dels Determinants Socials de la Salut de l'OMS<sup>7</sup>, el model ecològic integrat de violència contra les dones de Lory Heise<sup>12</sup> i la teoria de la interseccionalitat, entre altres teories de gènere que hem aplicat en els nostres estudis. A més, m'agradaria destacar l'aportació de l'epidemiologia i la metodologia qualitativa com a eines bàsiques d'investigació en aquesta àrea d'estudi.

La violència pot influir negativament en la salut de les dones afectades i les persones del seu entorn, entre les quals destaquen els seus fills i filles. Es veu influïda, a més, per les circumstàncies socials de les persones. El marc teòric dels determinants socials de la salut de l'OMS aporta, al meu entendre, una perspectiva més completa i imprescindible per a comprendre aquest problema i les respostes que requereix. Facilita la generació d'hipòtesis i evidències des de la perspectiva que la violència de gènere és un problema d'una gran magnitud que afecta tota la societat, que s'ha d'analitzar des d'una perspectiva social i no individual. Permet, d'altra banda, aprofundir en les seues causes i desenvolupar cursos d'acció per a prevenir-lo (primària, secundària i terciària), incloent-hi el sector salut entre altres sectors.

El model ecològic integrat de violència contra les dones de Lory Heise (1998) va sorgir arran de l'experiència promoguda per l'Organització Mundial de la Salut de realització d'estudis en diferents països del món. No és un model nou, sinó que integra les aportacions de models teòrics explicatius de la violència contra les dones anteriors que havien emergit en diferents àmbits, incloent-hi les teories de gènere que han contribuït a l'explicació d'aquest problema. Comparteix amb el marc teòric dels determinants socials de la salut la conceptualització de la violència com un fenomen polifacètic que s'assenta en la interacció d'un seguit de factors distribuïts en quatre nivells de l'ecologia social: individual o de la història personal (com, per exemple, els abusos en la infància o haver presenciado violència contra les mares); microsistema (relacionat, sobretot, amb les relacions interpersonals com el fet que la relació de la parella siga desigual i caracteritzada pel conflicte verbal, i, també, amb conducta com el consum abusiu d'alcohol); mesosistema o exosistema (referent a l'entorn en el qual poden donar-se situacions de risc com la criminalitat o l'aïllament social); i, macrosistema (en relació, per exemple, amb els rols de gènere, l'acceptabilitat social de la violència contra les dones o el sistema patriarcal que legitima situacions d'abús, dominació i discriminació envers les dones).

La interseccionalitat, concepte proposat per Kimberlee Crenshaw (1989),<sup>13</sup> es defineix com l'expressió d'un sistema complex d'estructures d'opressió i discriminació que poden ser múltiples i simultànies i que generen posicions de privilegi i desavantatge. Posa de manifest com les circumstàncies socials de les persones estan influïdes per sistemes de relacions de poder fluides i dinàmiques, que operen no sols a nivell macro sinó també per les interaccions diàries que es produeixen entre elles. Amb l'enfocament de la teoria de la interseccionalitat, les desigualtats en salut, en general i, en violència de gènere, en particular, no poden reduir-se com el resultat de l'exposició a una única circumstància o característica, sinó de l'efecte combinat i acumulatiu de diverses d'elles. La considere una perspectiva clau per a l'estudi de les minories socials, definides així per la seua posició de desavantatge social en termes de poder i accés als recursos. D'acord amb aquesta teoria, per exemple, en la identificació de les respostes més efectives davant la violència de gènere en dones gitanes, cal tenir en compte com interactuen diferents categories d'estratificació social (com l'ètnia, gènere, estatus socioeconòmic) i també els processos de discriminació, tant històrics com presents que els afecten (racisme, sexisme, classisme, entre d'altres) que influeixen no sols en el risc de victimització i conducta violenta, sinó també són factors que determinen l'accés als serveis.

L'epidemiologia, com a eina d'investigació en salut pública, ens permet descriure la magnitud i distribució de la violència de gènere en termes de persona, lloc i temps; identificar els factors que incrementen o disminueixen el seu risc i analitzar com interactuen entre ells, així com el seu efecte independent de la resta; i, avaluar les intervencions amb la finalitat de contribuir a millorar-les en termes d'eficàcia, efectivitat i eficiència. Per part seua, la metodologia qualitativa permet respondre a preguntes d'investigació més centrades en l'experiència vital de les dones i altres persones involucrades, entre les quals cal subratllar el valor de la perspectiva que aporten els o les professionals dels sectors involucrats en les respostes a aquest problema. En aquest document s'aporten evidències generades amb tots dos tipus d'enfocaments metodològics.



## Caracterització de la violència de gènere

La violència de gènere ocorre a tot el món, però la seua distribució difereix significativament entre els països i dins seu per les desigualtats socials que els caracteritzen. S'ha estimat que, al món, una de cada tres dones entre 15 i 49 anys ha patit violència física o sexual per part de la seua parella o exparella, i s'arriba fins a una prevalença del 37,7 % a la regió de l'Àsia Sud-oriental.<sup>14</sup> A Europa s'ha registrat una prevalença mitjana del 22 % en violència física o sexual i del 43 % en el cas de la violència psicològica, amb Finlàndia i Suècia com els països que registren unes prevalences més elevades d'exposició a violència de parella alguna vegada en la vida.<sup>15</sup> El risc de violència de gènere dins d'un país, com passa a Espanya,<sup>16</sup> varia segons les característiques relacionades amb les dones i amb l'agressor (edat, lloc d'origen, situació migratòria o socioeconòmica), les relacions de parella, el context geogràfic i social de residència.

La violència, en qualsevol de les seues manifestacions, afecta fonamentalment les dones que són les principals víctimes, per exemple, en els crims d'honor, la mutilació genital femenina, els matrimonis forçats en la infantesa, l'explotació sexual i la prostitució o violència sexual en contextos de crisis humanitàries i sanitàries. Les dones són víctimes del 64 % dels homicidis que es produeixen en l'entorn familiar i del 82 % dels perpetrats exclusivament per parelles o exparelles.<sup>17</sup> Segons dades d'una enquesta que realitzem a tot Espanya sobre violència sexual a més de 2.500 joves entre 18 a 35 en 2021, les joves registren un risc quasi dues vegades més alt que els xics de la mateixa edat d'exposició a diferents formes de violència sexual.<sup>18</sup> En un altre estudi promogut des de la Unitat d'Igualtat de la Universitat d'Alacant per al context de la Comunitat Valenciana, el 2021 observem que un 34 % del conjunt de joves participants van dir haver patit alguna mena d'assetjament sexual l'últim any, amb una prevalença en xiques (44 %) quasi el doble que l'observada en xics (23 %).<sup>19</sup>

A més del sexe, cal esmentar la interacció amb altres factors socials determinants de la victimització i la conducta violenta. Mentre que la violència psicològica és més elevada entre les dones més joves, la gravetat de la violència física és major en les dones més grans.<sup>20</sup> Les dones immigrants adultes de qualsevol edat presenten un risc dues vegades més alt d'exposició a la violència en la parella o exparella<sup>21</sup> que les nascudes a Espanya, i un risc cinc vegades més elevat de ser assassinades per les seues parelles o exparelles.<sup>22,23</sup> En estudis realitzats amb minories ètniques, també s'ha observat com haver patit experiències de discriminació en diferents àmbits (públics i privats) s'associa també a un risc més alt de patir i exercir violència de parella<sup>24</sup>, així com una acceptabilitat més gran d'aquesta violència.<sup>25</sup>

La inclusió de l'orientació sexual en les enquestes ha contribuït a fer visible com la prevalença de violència sexual en joves és major en dones bisexuals (17,5%) i homes homosexuals i bisexuals (14,2 % i 10,6 %, respectivament)<sup>18</sup>. En xiques adolescents també hem observat, a Espanya, que el risc de violència en les primeres relacions de parella augmenta en els col·lectius amb una orientació bisexual o homosexual.<sup>26</sup> En aquest i altres determinants socials cal continuar recollint informació quantitativa i qualitativa per a integrar les seues necessitats en les respostes socials i polítiques al problema.

Finalment, respecte de la incidència els últims anys, és difícil caracteritzar-la tenint en compte que el que coneixem és la violència que es fa visible a través de les denúncies, les enquestes o les dades de femicidi per violència de parella o exparella. Hem constatat tant un augment de la probabilitat de denunciar,<sup>27</sup> com una disminució en la taxa d'assassinats del 3 % anual<sup>28</sup>. A més, s'han detectat canvis segons les èpoques de l'any, que solen coincidir amb els períodes vacacionals, els caps de setmana i fins i tot les onades de calor.<sup>29</sup>

Durant el confinament per COVID-19 van disminuir dràsticament les denúncies de tots els tipus de violència, però van augmentar les consultes al 016. En comparació amb el que s'havia observat del març al juny de 2019, es va deixar de denunciar un de cada quatre episodis.<sup>30</sup> Respecte de les que sí que es van realitzar, es va registrar un augment de denúncies de diferents tipus de violència greu, sobretot, de dones convivents amb els seus agressors, mancades de suport social i que havien denunciat prèviament.<sup>31</sup> En els estudis qualitatius que vam fer en aquesta línia,<sup>32,33</sup> vam advertir que durant aquest període sí que va augmentar la freqüència i la intensitat dels episodis de violència psicològica i sexual, que va generar un increment de demandes d'atenció psicològica, d'acompanyament i d'escolta i d'ajuda per a cobrir les necessitats bàsiques de les dones i els seus fills i filles.

La formació, la sensibilització i el reconeixement de les formes en què es manifesta la violència de gènere en diferents àmbits ha contribuït a la seua visibilitat i rebuig social. Pot ser que la violència siga cada vegada més denunciada, però també hi ha indicis d'una major exposició a factors que podríem considerar com precipitants, com les desigualtats socials i de gènere tant a escala contextual com interpersonal, que solen fer-se més evidents i, així ho hem observat en contextos de crisi com la produïda arran de la pandèmia per COVID-19 o la crisi financera del 2008,<sup>34</sup> entre d'altres.

### **Una mirada cap a «les causes de les causes» de la violència de gènere**

Les dones en situació de violència de gènere no són un grup social homogeni. Encara que la seua exposició a la violència es pot donar independentment de les seues característiques i circumstàncies socials, en la caracterització del problema ja s'ha evidenciat la presència de determinats col·lectius de dones amb unes circumstàncies socials que interactuen amb el risc de victimització. En aquest sentit, cal valorar les explicacions referides a les circumstàncies socials que caracteritzen les persones (identitat de gènere, l'estatus migratori, la situació laboral), el seu entorn pròxim (laboral, domèstic, veïnat) i el context o estructura social (cultural, polític, econòmic). També les referides a les relacions amb les persones de l'entorn (familiars, amigats, parelles) i els mecanismes que hi influeixen (com la normativa o la cultura). Són els factors socials determinants de la violència de gènere, també coneguts com les «causes de les causes» de la salut i de la malaltia.<sup>35</sup>

Entre els determinants socials de la violència de gènere que caracteritzen l'estructura social, a un nivell més macro com s'explica en el model ecològic de L. Heise (1998), hi ha el patriarcat, entès com un sistema d'organització social, política i econòmica

caracteritzat per la desigualtat de poder i dominació dels homes sobre les dones.<sup>36</sup> S'erigeix en principal determinant social d'índole estructural per la seua influència en la resta dels determinants socials de la violència de gènere.<sup>37</sup> Concretament, el patriarcat és un sistema d'organització social amb influència en la presa de decisions polítiques, en les dinàmiques i relacions que es produeixen en tota mena d'organitzacions, en la construcció social dels problemes i la seua consideració en les agendes prioritàries (com la política, econòmica o de l'opinió pública), així com en els valors socials relacionats amb la tolerància o el rebuig de la violència de gènere en les seues diferents formes i graus. A més, influeix en la construcció social dels rols i responsabilitats atribuïdes a les dones i als homes en la família (per exemple, com a principal responsable en la presa de decisions o en les tasques de cura) i en les relacions interpersonals i de parella, que poden ser de dominació i subordinació, conflicte i abús. El patriarcat també forma part de l'aprenentatge que es va adquirint al llarg de la vida sobre la resolució de problemes, el maneig de la frustració i la reacció davant dels problemes i de les situacions de desavantatge social dins i fora de les relacions de parella.

L'existència o no de lleis o normatives sobre violència contra les dones, la seua antiguitat i desenvolupament amb la involucració d'un major o menor nombre de sectors (enfocament multisectorial), el nivell de protecció social i suport a la família, les desigualtats de gènere en termes econòmics, polítics i educatius i el nivell d'acceptabilitat de la violència són altres factors socials de caràcter estructural que expliquen les desigualtats en la distribució de la prevalença de violència contra les dones en la parella als països d'Europa.<sup>38</sup> La desocupació masculina de llarga duració, les desigualtats de gènere en la representació política i la despesa pública són també algunes de les característiques del context social que hem observat en relació amb el risc de violència i femicidi tant en l'àmbit nacional<sup>39</sup> com internacional<sup>40</sup>. La interrelació entre aquesta mena de factors és complexa i, a vegades, genera efectes no esperats. En períodes de crisi, com la financera de 2008, l'empitjorament d'alguns d'aquests indicadors, com les taxes de desocupació, no es va correspondre amb un augment del risc de femicidi i el relacionem amb una altra mena de factors d'índole estructural, com la construcció social dels rols de gènere en la família, que van poder influir perquè algunes dones silenciaren i se sotmeteren a les situacions d'abús donant prioritat als problemes de la família, tal com evidenciava la disminució de divorcis que també es va produir en aquest període.<sup>41</sup>

La construcció social dels rols de gènere, la masculinitat i la feminitat, així com de les relacions interpersonals es pot considerar un dels determinants estructurals clau, per exemple, en l'explicació del risc de violència de gènere en la població adolescent i jove, atesa la seua importància no sols en les percepcions sobre la violència i les formes que la majoria identifica i rebutja (com la violència física o la violació), sinó també sobre altres formes de violència que encara semblen tenir més dificultats de reconèixer (com el control a través de les xarxes socials, la sextorsió o l'abús sexual en la parella).<sup>42</sup> En aquest sentit, hem identificat unes certes «zones grises» en les narratives de la població jove espanyola, és a dir, discursos ambivalents que no sols normalitzen, sinó també contribueixen a reproduir algunes formes de violència sexual, culpabilització de les víctimes i qüestionament d'actituds de rebuig en els homes, entre d'altres.<sup>43</sup> En població adolescent, aquesta mena de narratives es

relacionen amb actituds com el masclisme<sup>44</sup> i el sexisme (hostil i benvolent)<sup>45</sup> que al seu torn s'associen a una probabilitat més elevada de violència de gènere, amb la victimització més prevalent en xiques<sup>46</sup> i la conducta violenta en xics.<sup>47</sup>

En relació amb la violència de gènere (victimització i conducta) i població immigrant, es fa evident que cal integrar en les explicacions la interacció de diferents tipus de determinants socials relacionats amb el procés migratori i les desigualtats socials. Així, el risc més gran de violència de gènere registrat en dones immigrants en comparació amb les nascudes a Espanya, per exemple, es pot explicar per l'efecte de situacions pròpies del procés d'immigració, com la situació administrativa o el temps de residència al país d'acollida, que influeix en l'accés als recursos de suport formal;<sup>48</sup> però també s'han de tenir en compte altres característiques de risc comunes amb les dones víctimes nascudes a Espanya, com la falta de suport social, la desocupació, els processos de separació o divorci o el baix nivell educatiu que, en el cas de les dones immigrants, registren, a més, associacions més fortes: mentre que les dones nascudes a Espanya en procés de separació o divorci registren un risc quasi dues vegades més alt de violència, les dones immigrants en aquest mateix procés registren un risc quasi quatre vegades més elevat.<sup>49</sup> A més, en l'anàlisi de totes aquestes interrelacions, cal tenir en compte que es donen en un context social en què prevalen les desigualtats de gènere en diferents àmbits i aboquen les dones immigrants a una situació de més desavantatge social respecte dels homes.

### **Desigualtats socials en l'accés als serveis de suport formal**

Els determinants d'accés als serveis de salut és un tema central sobre el qual s'han desenvolupat diversos models teòrics en la investigació en salut pública i sobre serveis sanitaris.<sup>50,51</sup> L'estudi de l'accessibilitat de les dones als serveis relacionats amb la violència de gènere es refereix a la facilitat o les dificultats amb la qual les dones poden fer ús d'aquests en funció de no sols la seua disponibilitat i proximitat, sinó també d'altres factors relacionats amb les característiques dels recursos, els seus professionals i les mateixes dones.<sup>52</sup> En aquesta línia de treball hem constatat en diversos estudis la coneguda llei de cures inverses de Julian Tudort (1971),<sup>53</sup> que fa referència a la manera en què les dificultats d'accés als serveis de suport formal solen ser més grans entre els col·lectius de dones que registren més risc d'exposició a la violència de gènere.

Les dones joves i adolescents, per exemple, han sigut identificades com un col·lectiu especialment en risc i, no obstant això, l'ús que fan dels serveis de suport formal com els serveis sanitaris, de suport social i legal i fins i tot les associacions és inferior a l'observat en dones més grans.<sup>54</sup> En part, la utilització de serveis de suport formal es veu influïda per la mena de violència, i són els casos de violència física o sexual els que més sovint fan ús dels serveis de suport d'aquesta mena de recursos. A més, també s'han identificat barreres d'accés relacionades amb la seua disponibilitat, acceptació, equitat, adequació i efectivitat.<sup>55</sup>

En termes de disponibilitat, per exemple, limiten l'accés de les joves als recursos de suport i assessorament formal la falta d'informació sobre els serveis o el fet de la majoria dels serveis tinguen un horari que coincideix amb el lectiu. En termes

d'acceptació, són clau la confiança en els serveis que es pot veure minvada per la falta de formació i capacitat d'adaptació dels serveis i els seus professionals a les necessitats específiques de les joves. En relació amb l'equitat, es consideren barreres com la inexistència de mesures, estratègies i protocols en els quals es faça referència explícita a les necessitats específiques de col·lectius de joves en els quals s'entrecreen diverses circumstàncies socials (com pertànyer a una minoria ètnica). Finalment, en termes d'efectivitat, influeix la qualitat dels serveis i de l'atenció que s'hi presta, un tema que abordaré en l'epígraf següent.

En el cas de dones immigrants i pertanyents a minories ètniques també s'han evidenciat la majoria de les barreres exposades adés, a les quals s'uneixen d'altres relacionades amb la situació administrativa de les dones, que els pot permetre o no l'accés als recursos (accés); els problemes de comunicació per l'idioma o experiències de discriminació en el seu contacte amb els serveis i professionals que poden fer minvar la confiança de les dones (acceptabilitat); la inexistència d'iniciatives que responguen a les seues necessitats específiques i que coexistisquen amb les dirigides a tota la població (equitat), i el desconeixement i la falta de formació dels o de les professionals sobre aquestes necessitats i altres circumstàncies de les dones immigrants i pertanyents a minories ètniques (adequació).<sup>56,57</sup> L'anàlisi dels determinants d'accés als serveis de suport formal també s'ha aplicat en altres col·lectius socials com l'LGTBIQ+.<sup>58</sup>

De l'experiència dels estudis realitzats en aquesta àrea es posa de manifest l'existència de diferents tipus de barreres a pesar de la universalitat d'aquesta mena de serveis com passa, per exemple, a Espanya. L'aplicació de models desenvolupats originalment per a analitzar les desigualtats d'accés als serveis sanitaris de col·lectius de població en situacions de vulnerabilitat social facilita aquesta línia de treball que amplia la nostra comprensió sobre les desigualtats socials de la violència de gènere.

### **Claus en l'efectivitat de la resposta formal. La nostra experiència sobre els serveis sanitaris**

En aquest apartat, s'aprofundeix en les respostes que poden oferir les organitzacions i els seus professionals, que anteriorment s'han identificat com a recursos formals de suport i assessorament. Concretament, es descriuen els factors que afavoreixen la capacitat dels serveis i la praxi professional a partir de la nostra experiència en atenció primària de salut a Espanya.

Els serveis sanitaris, en general, i l'atenció primària de salut, en particular, tenen un paper clau en l'atenció i prevenció de la violència en diferents nivells pel seu impacte en la salut de les dones i els seus fills i filles.<sup>59</sup> El contacte amb els serveis sanitaris pot ser un dels principals que les dones realitzen en la seua cerca de suport formal.<sup>60</sup> A més, són clau per a altres accions de prevenció primària i secundària. Amb tot, les respostes dels serveis i els seus equips no sempre es tradueixen en la pràctica professional que requereixen les dones.<sup>61</sup>

L'Organització Mundial de Salut ha desenvolupat diverses guies que permeten definir les respostes del sector sanitari i els seus professionals, una de les més recents l'elaborada el 2020 en relació amb les respostes en el context de pandèmia per

COVID-19.<sup>1</sup> Des del 2014, hi ha un consens general sobre algunes accions que poden acomplir els serveis sanitaris: estar alerta i detectar possibles signes i símptomes, prestar atenció sanitària, documentar les evidències, informar sobre els recursos existents, coordinar-se amb altres serveis que poden acompanyar i realitzar seguiment dels casos<sup>62</sup>. La disponibilitat d'aquest tipus de documents de referència facilita l'avaluació de la resposta del sistema sanitari i els seus professionals, com vam tenir l'oportunitat de fer entre 2013 i 2015 en relació amb els factors que afavoreixen que els equips d'atenció primària responguen millor als casos de violència de gènere.<sup>63</sup>

Entre les claus identificades pel que fa a les respostes del sector salut, emergeixen per la seua rellevància el suport institucional, les característiques dels serveis i dels seus professionals.<sup>64</sup> Entre els factors relacionats amb el suport institucional es va identificar el reconeixement de la violència com un problema de salut pública i la importància d'incloure'l entre les competències professionals sanitàries, així com l'existència d'un protocol d'actuació en aquesta matèria que siga conegut i utilitzat pels equips professionals.

Quant a les característiques dels serveis, destaca una atenció a la salut centrada en la persona, concretament en les necessitats de les dones i, especialment, en les seues circumstàncies socials<sup>2</sup>. També s'hi inclou un bon clima de treball, afavorit pels factors contextuals esmentats i els relacionats amb els equips professionals. En aquests darreres, la formació, l'autoeficàcia, l'experiència professional i el nivell de conscienciació sobre la importància d'implicar-se en les respostes emergeixen consistentment com a facilitadors. En la formació precisament, la universitat també té un paper important tal com hem recollit des de la perspectiva de diferents professionals amb competències en l'atenció d'aquest tema com és el cas de la infermeria i el treball social.<sup>65,66</sup>

## **Prevençió de la violència de gènere i equitat social**

La meta de l'erradicació de la violència de gènere és present en moltes de les polítiques i declaracions que es fan en l'actualitat. Es tracta d'un objectiu ambiciós que requereix respostes vinculades a la lluita contra les desigualtats socials tal com s'ha evidenciat al llarg d'aquest document. En aquest últim apartat es formulen una sèrie de recomanacions basades en

---

1 Algunes de les guies més recents estan disponibles en: <https://www.who.int/activities/strengthening-health-sector-response-to-gender-based-violence-in-humanitarian-emergencies>

2 Atenció centrada en la persona: manera d'entendre i practicar l'atenció sanitària que adopta conscientment el punt de vista dels individus, els cuidadors, les famílies i les comunitats com a participants i beneficiaris de sistemes de salut que inspiren confiança, estiguen organitzats no tant en funció de malalties concretes, sinó de les necessitats integrals de la persona, i respecten les necessitats socials. L'atenció centrada en la persona exigeix també que els pacients reben la informació i el suport que necessiten per a prendre decisions i participar en la seua pròpia atenció i que els cuidadors estiguen en condicions de rendir al màxim dins d'un entorn de treball favorable. Definició disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/wha69/a69\\_39-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-sp.pdf)

els principis bàsics i enfocaments per al desenvolupament d'estratègies d'acció sobre els factors socials determinants de la salut i les desigualtats en salut.<sup>67</sup>

Respecte dels principis bàsics, cal esmentar per la seua importància la consideració de les característiques del context, la implicació de diversos sectors de rellevància i la promoció de la participació social.

El disseny d'estratègies per a abordar les desigualtats socials de la violència de gènere (les causes de les causes) ha de considerar les característiques dels contextos (països, regions o altres àmbits d'aplicació). Cal tenir en compte, per exemple, la magnitud del problema, la percepció social sobre aquest, les polítiques existents relacionades amb la violència de gènere, entre altres factors que distingeixen a un context d'un altre.

L'aplicació d'un enfocament intersectorial, referit a la necessitat d'integrar a diferents sectors de rellevància (salut, serveis socials, educació, justícia, seguretat, mitjans de comunicació) per a abordar de manera més efectiva, eficient i sostenible les desigualtats socials. En relació amb la violència de gènere, cal considerar la importància d'integrar i promoure l'acció coordinada de diferents sectors relacionats amb l'educació, justícia, policia, serveis socials, sanitat, en diferents nivells (internacional, nacional, regional i local) atesa la seua relació amb la prevalença de violència de gènere als països europeus<sup>38</sup>.

Promoció de la participació social, definida com la participació activa de les dones afectades, les comunitats o organitzacions comunitàries en la presa de decisions i el disseny, implementació i avaluació de les intervencions. Informar o consultar per a obtenir suport per a accions ja decidides per governs o organitzacions no podria considerar-se participació social.<sup>68</sup> La participació social inclou la promoció de xarxes entre el sector de la salut i la societat civil (organitzacions de migrants, dones i romanís, entre altres) i empoderar les comunitats i, en particular, col·lectius d'especial risc social i davant la violència de gènere

Respecte dels enfocaments per al desenvolupament d'intervencions sobre les desigualtats socials de la violència de gènere, poden identificar-se diferents punts d'entrada relacionats amb les causes, les conseqüències, els col·lectius d'especial risc i l'accés als recursos formals de suport.

Respecte de l'exposició i les seues causes, es requereixen estratègies orientades a reduir l'impacte dels eixos de desigualtat social descrits anteriorment en funció del gènere, l'ètnia, l'orientació sexual, la classe social, entre d'altres. Aquest enfocament aplicat a les polítiques de violència de gènere demana una referència explícita a la lluita contra el masclisme, l'homofòbia, el racisme, entre altres formes d'opressió induïdes per aquests eixos de desigualtat. Requereix també vincular la lluita contra la violència de gènere amb la reducció de la desigualtat salarial entre homes i dones, el sostre de vidre o la promoció de dones en llocs de presa de decisions amb les accions polítiques contra la violència de gènere. L'equitat de gènere en l'educació,

l'ocupació i els diferents àmbits de presa de decisions, es relacionen amb les desigualtats socials de la violència de gènere i, per tant, també amb la seua prevenció en diferents nivells.

Respecte de les conseqüències de la violència de gènere, calen estratègies dirigides a les desigualtats socials que en formen part. La violència de gènere és un problema de salut pública i també un determinant social de la salut. Genera conseqüències en la salut i el benestar de les dones i les seues famílies relacionades amb la seua situació econòmica, laboral, nivell educatiu, entre d'altres. A més d'atendre els problemes de salut i psicològics, l'atenció sobre aquestes conseqüències en les circumstàncies socials (econòmiques, laborals, acadèmiques, relacionades amb l'habitatge) pot ser clau per a empoderar les dones i refermar-les en la seua presa de decisions.

Les evidències sobre la distribució del risc de la violència de gènere posen de manifest la necessitat d'un marc centrat en col·lectius de dones en situació de desavantatge social. Aquest enfocament exigeix, en primer lloc, que es reconeguen i es facen visibles les desigualtats socials de la violència de gènere. Es requereix, en aquest sentit, suport institucional que promoga la investigació i sistemes de vigilància epidemiològica que facen més visibles aquests col·lectius de dones.

També es requereix el desenvolupament d'intervencions i respostes polítiques que combinen l'enfocament poblacional (dirigit a tota la població o totes les dones) i el de població de risc (més dirigit a les necessitats específiques de col·lectius de població de major risc).<sup>69</sup> La perspectiva poblacional és bàsica per a accions orientades a disminuir les desigualtats socials en tota la població, com també la seua exposició a factors amb influència en la violència de gènere. Des d'aquesta perspectiva, es formulen, per exemple, intervencions educatives dirigides a tota la població adolescent per a promoure actius o factors protectors contra la violència de gènere com el rebuig al masclisme, sexisme i la violència.<sup>7</sup> No obstant això, l'efectivitat d'aquesta mena d'iniciatives depèn del fet que també es duguen a terme accions específiques per a determinats col·lectius que correspondrien a l'enfocament de població de risc. Seguint l'exemple, caldria complementar amb continguts i metodologies de treball que incloguen les necessitats específiques de col·lectius de més risc, com les xiques adolescents, les dones immigrants o la població jove de col·lectius LGTBIQ+.

Respecte dels recursos de suport formal, s'ha evidenciat l'existència de diferents tipus de barreres d'accés que s'entrecreuen amb les desigualtats socials i que minven l'efectivitat dels serveis. Millorar l'accés als recursos de suport formal requereix actuacions sobre els serveis i els seus professionals.<sup>3</sup> Quant als serveis, es palesa la importància de reconèixer, fer un seguiment i proposar estratègies per a reduir les diferents barreres d'accés que poden trobar les dones que necessiten aquesta mena

---

3 Alguns exemples, els vam arrebregar 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>



de suport. De la mateixa manera, identificar i combatre la discriminació institucional per gènere, ètnia o estatus migratori, entre d'altres. Es tracten de millores en les quals cal suport institucional, recursos econòmics i humans. Els professionals, per part seua, requereixen aliances amb equips de treball multidisciplinaris de diferents sectors, incloent-hi les associacions; accés a informació sobre iniciatives prometedores per a la reducció de les desigualtats socials en violència de gènere, i, formació tant en el tema com en les necessitats dels diferents col·lectius socials. En aquest última, la universitat té un paper clau en la formació des dels diferents graus.

## Bibliografia

1. Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública. Butlletí Oficial de l'Estat núm. 240. Secció I. Pàgines 104593-104626; 2011.
2. Assemblée General de les Nacions Unides. Declaració sobre l'eliminació de la violència contra la dona. Desembre 1993. A/RES/48/104. 23 de febrer 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 violència i salut. Organització Mundial de salut; 2002. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220\\_spa.pdf?sequence=1](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'Camp 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. Universitat d'Alacant. Disponible en: <https://web.ua.es/va/unidad-igualdad/0-recursos/informes.html>
20. Sanz-Barbero B, Baró 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-Aguir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar LA MEUA, 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-Casat D, Gil-González D, Cavaller 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-Barber B, Vallejo Ruiz de Lleó 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). *Ministeri d'Igualtat*; 2021. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaencifras/estudios/investigaciones/2021/estudios/analisis\\_asesinatos.htm](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-Casat 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-Casat 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](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116985/1/policy-brief-viogenxcovid_def.pdf)
32. Vives-Cases C, La Parra-Casat 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.posa.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'Camp 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, Garrit A, Juárez O, Otero I, Pasarín M, Pérez K, Pérez G, María S. Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual. Societat. *Revista d'Investigació i Anàlisi Social*. Ajuntament de Barcelona. 2019. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/drets-socials/sites/default/files/revista/10-actualitat-violencia-masclista-ca.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, Sant-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 revisió).
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 Masculism 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 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 premsa).
  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-Castany J, Montero-Piñar LA MEUA, 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](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](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-Casat 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, Sant 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, Sant 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-Casat 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.