

HACIA LA PARTICIPACIÓN Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Towards Participation and Empowerment of Women Victims of Gender Violence

Ester Grau-Alberola

estergrau@cop.es

Universidad Internacional de la Rioja

Víctor J. Villanueva Blasco

victorj@unizar.es

Universidad de Zaragoza

Raquel Sánchez Recio

rsanchezrecio.1979@gmail.com

Subdelegación del Gobierno de Teruel

Resumen:

Las bases y principios para la regulación de la promoción de la salud y el desarrollo de políticas públicas saludables se constituyó en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa (OMS, 1986) incluyendo la necesidad de promover la igualdad, la equidad en salud y la responsabilidad compartida. Así, los autores parten de la revisión de la literatura sobre el tema para sugerir un nuevo enfoque en el tratamiento de las mujeres víctimas de violencia de género. Basándose en la evidencia científica, el objetivo de este trabajo es señalar la necesidad de una formación adecuada de los profesionales de la salud con el fin de identificar con mayor precisión los casos de violencia de género. Por tanto, ayudar a las mujeres víctimas en los procesos de toma de decisiones, redundará en una optimización de la asistencia sanitaria prestada. Para ello, la aplicación de la metodología comunicativa crítica supone una forma innovadora de intervención que da voz a las mujeres víctimas de violencia de género en el propio diseño y evaluación de las políticas de prevención. En consecuencia, la intervención se enfoca hacia la generación de un contexto de participación activa y empoderamiento de las mujeres.

Palabras clave: promoción de la salud/prevenición/violencia de género/metodología comunicativa crítica.

Abstract

The bases and principles for the regulation of health promotion and the development of healthy public policies were established in the *first International Conference on Health Promotion in Ottawa (WHO, 1986)*, including the need to promote equality, health equity and shared responsibility. Thus, the authors start from the literature review on the subject to suggest a new approach in the treatment of women victims of gender violence. Based on scientific evidence, the aim

of this work is to point out the need for proper training of health professionals in order to identify more precisely the cases of gender violence. This would help women victims in decision making processes which will result in an optimization of the healthcare provided. To this end, the application of a critical communicative methodology enables innovative ways to accommodate women victims of gender violence in the design and evaluation of prevention policies. Consequently, the intervention would focus on generating a context of active participation and women empowerment.

Keywords: *health promotion/prevention/gender violence/critical communicative methodology.*

Introducción

La percepción de la salud es una de las principales preocupaciones del ser humano y su relación con los estilos de vida en tanto que valor social se configura históricamente como un desafío y una meta en las estrategias de prevención. Además, como construcción social, el concepto de salud procede del ámbito experiencial y evoluciona a merced de los acontecimientos históricos, sociales y políticos concretos.

De esta forma, se explica que en el siglo XX, debido fundamentalmente a los movimientos sociales y a los avances científicos, se desarrolle un enfoque más positivo, dinámico y multicausal que refleja el cambio de paradigma hacia una nueva cultura de salud en contra de una concepción más tradicional y reduccionista (González de Haro, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su conferencia inaugural en 1946, señala los principios básicos para el desarrollo saludable de los individuos y de todos los pueblos, se establece así una redefinición del concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946, p. 100). Esta definición facilita el desarrollo de un modelo ecológico en el cual es crucial la responsabilidad social y la implicación de los organismos gubernamentales, y en este contexto, aparece la promoción de la salud como estrategia de actuación.

El verdadero impulso a las políticas de promoción de la salud se produce a partir del Informe Lalonde (1981) en el cual por primera vez se trabaja sobre un modelo en el que se destaca cuatro grupos que influyen diferencialmente sobre la salud: la biología y la genética (27%), el medio ambiente y los entornos (19%), los estilos de vida (43%) y el sistema de salud (11%). De esta forma, la promoción de la salud empieza a ser una estrategia que adquiere relevancia en las agendas políticas y sanitarias, como se plasma en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 1978) y en las diferentes Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud (WHO, 2009, 2013b), siendo en la I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986, donde se definieron las bases y los principios sobre los que esta se regularía (OMS, 1986). Tal como queda reflejado en la Carta de Ottawa, la promoción de la salud pretende facilitar a las personas los medios necesarios para alcanzar el estado de bienestar físico, mental y social al que se refería la OMS en 1946. En dicho documento, se establece como objetivo alcanzar la equidad sanitaria, involucrando los recursos sociales y personales en un contexto mucho más amplio, aunque vinculado y en interacción constante. Así mismo, se destaca que deben proporcionarse los medios que permitan a todas las personas desarrollar su máximo potencial de salud, reduciendo las diferencias interindividuales y, asegurando la igualdad de oportunidades, con mención explícita a la aplicación igualitaria entre hombres y mujeres.

De esta forma, la responsabilidad de la promoción de la salud es compartida tanto por los individuos, como por los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones, los servicios sanitarios y los propios gobiernos. Por lo tanto, los grupos sociales y profesionales, en concreto el personal sanitario, debe actuar como mediador entre los intereses antagónicos y a favor de la salud de los individuos. En este sentido, la cultura, el nivel educacional, el empleo, las condiciones de trabajo y también el género son determinantes de la salud que deben formar parte de las políticas sanitarias y plasmarse en la práctica cotidiana, a través de

los programas de salud y de una adecuada formación de los profesionales con el fin de mejorar la atención prestada a nivel sanitario.

En base a todo lo expuesto, el objetivo del presente artículo es plantear la necesidad de realizar una política de formación de los profesionales sanitarios en aspectos clave para el cribaje y detección precoz de víctimas de violencia de género diferente a la que se aplica actualmente. La propuesta va más allá de la determinación de la evidencia científica que avale un tipo u otro de intervenciones, componentes y metodologías utilizadas hasta el momento. Se apuesta por la incorporación en el diseño de las políticas formativas para profesionales de la salud, así como en los estudios de evaluación de las intervenciones, una nueva variable relativa a aspectos metodológicos. Se trata de la metodología comunicativa crítica (en adelante MCC) y su aplicación a campos de la salud, y más concretamente en relación a la violencia de género.

Violencia de género e impacto sobre la salud

En materia de salud y prevención de desigualdad de género, la violencia de género se considera uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, hecho que se señaló ya en 1996, en la 49ª edición de la Asamblea Mundial de la Salud con la resolución WHA49.25 (OMS, 2002) y, que aún hoy en día, continua siendo uno de los grandes retos en materia de prevención (OMS, 2013a).

La OMS realizó un estudio en diversos países sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica ejercida contra ellas poniendo en evidencia algunos resultados como los que se muestran a continuación (OMS, 2005): entre 13% y 61% de las mujeres entrevistadas con un rango de edad de 15 a 49 años referían haber sufrido maltrato psicológico por sus parejas en alguna ocasión en su vida, entre 6% y 59% referían haber sido abusadas sexualmente por su pareja a lo largo de su vida y, entre 1% y 28% referían haber sido maltratadas psicológicamente por su pareja durante el embarazo.

En España, en el año 2017, 51 mujeres perdieron la vida a causa de la violencia de género. En abril 2018, la cifra anual ya asciende a 9 mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Por lo tanto, la atención a la salud de las personas, y en concreto de las mujeres que son víctimas de algún tipo de violencia de género, tiene que contemplar medidas de detección precoz y actuación efectiva para garantizar al máximo su salud, ese estado de completo bienestar físico, mental y social que estableció la OMS en 1946, hace ahora siete décadas. Actualmente, sólo hay que ver las cifras de violencia de género para poder afirmar que la salud se ve comprometida por razones de género hasta la consecuencia más grave e intolerable: el asesinato de la mujer víctima de violencia de género.

Respuestas actuales a la violencia de género desde el ámbito de la salud

Evidentemente, los poderes públicos no han estado al margen del problema de la violencia de género, ni de sus repercusiones sobre la salud de la mujer. Pero, a pesar de que actualmente se entiende la violencia de género como un problema interdisciplinar y público alejado de una concepción obsoleta que lo consideraba circunscrito al ámbito privado y doméstico, el colectivo de profesionales sanitarios en su conjunto aún presenta muchas lagunas al respecto y carencias a nivel de formación (Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 2002). Este cambio y respaldo se está plasmando a nivel legislativo en el Marco Europeo, cabe destacar especialmente el Tratado de Ámsterdam de 1997 que de forma específica en el artículo 2 recalca la necesidad de promover la igualdad entre el hombre y la mujer y, en el artículo 3.2 se señala como objetivo eliminar las desigualdades entre el hombre y la mujer y promover su igualdad. De hecho, el *mainstreaming* de género o transversalidad implica la inclusión de la perspectiva de igualdad de género en todos los niveles de los distintos procesos

políticos llevados a cabo por todos los agentes involucrados. Esta definición tal y como señala Lombardo (2003) destaca cinco puntos principales en la estrategia de transversalidad: ampliación del concepto de igualdad de género, incorporación como objetivo político, inclusión y participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones, consecución de una igualdad sustancial haciendo hincapié en políticas sociales y familiares y, en definitiva, un cambio a nivel institucional y organizativo.

En España, la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH), en su artículo 27, insta a la integración del principio de igualdad en las políticas de salud, estableciendo que las políticas, estrategias y programas de salud incluirán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. Asimismo, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, dedica su capítulo III a las actuaciones en el ámbito sanitario. El artículo 15 de la citada ley dice textualmente que se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género.

De esta forma, se aborda el problema de la violencia de género dentro de un modelo multidisciplinar, que incluye desde el primer momento a las Administraciones Sanitarias y no sólo a la Administración Judicial y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Este avance se encuentra en la línea de lo señalado en estudios a nivel internacional y nacional (OMS, 2013a; Montero, Ruiz-Pérez, Martín-Baena, Talavera, Escribà-Agüir y Vives-Cases, 2011, Colombini, Mayhew y Watts, 2008) en los que se puntualizaba que las mujeres víctimas de violencia de género preferían acudir antes a los servicios sanitarios que a la policía. En este sentido, dado que el sector sanitario constituye el marco de referencia para las víctimas de violencia de género debe considerarse como un foco principal de atención en el primer paso de detección o screening (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) y, posteriormente, las Comunidades Autónomas, a su vez, crearon sus propias guías clínicas basándose en el Protocolo Nacional. A nivel de intervención sociosanitaria, existe por lo tanto un consenso general a la hora de determinar las actuaciones a desarrollar por parte de los profesionales sanitarios ante los casos de violencia de género, incluyendo principalmente los siguientes puntos: a) preguntar a toda mujer que acuda a la consulta de atención primaria por cualquier motivo si puede estar sufriendo algún tipo de agresión; b) estar alerta ante la presencia de cualquier signo o síntoma sospechoso; c) prestar asistencia en los casos indicados; y d) coordinarse con el resto de profesionales para prestar una atención integral a la mujer víctima de violencia de género (Gottlieb, 2008; Colombini, Mayhew, Ali, Shuib y Watts, 2012; Colombini et al. 2008; OMS, 2013a).

Pero, a pesar de este consenso, y de un marco común social y legislativo, aún se encuentran dificultades en el ámbito laboral, desmotivación y carencias formativas entre los profesionales sanitarios (Silva, Padoin y Vianna, 2015; Rojas, Gutiérrez, Alvarado y Fernández, 2015; Conn, Young, Rotstein y Schemitsch, 2014; Wuest et al., 2015; Lombardo y Mergaert, 2013). Así, por ejemplo diversos estudios apuntan hacia la necesidad de una adecuada formación por parte de los profesionales sanitarios de cara a identificar con mayor precisión aquellos casos no reconocidos como violencia de género (falsos negativos), y de este modo ayudar a las mujeres víctimas a tomar aquellas decisiones que mejor preserven su salud física, psicológica y social. Por ejemplo, en el estudio realizado por Sonogo et al. (2013) se determinó que los problemas de salud, en cuantía, eran los mismos en aquellas mujeres víctimas de violencia de género pero que no percibían dicha violencia que las que sí que la percibían. Esto lleva a situaciones tales como que para el diagnóstico de casos de violencia de género, se tarde en realizar una media de 10 años desde el inicio de sufrirla. En esta línea, Menéndez, Pérez y Lorence (2013) en la revisión realizada, ya indican que estos profesionales son un recurso primario en la detección de los malos tratos a mujeres y por lo tanto su forma de proceder es decisiva tanto en el proceso de asesoramiento como en la atención a las víctimas.

Si bien hay estudios que avalan la eficacia de las políticas de atención a las víctimas de violencia de género, hay otros que ofrecen resultados que cuestionan su eficacia. En el estudio realizado por González y Garrido (2015), a la hora de valorar la satisfacción de las víctimas al ser atendidas por miembros de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FFCCSS), los resultados obtenidos mostraron un grado de satisfacción bueno de la atención prestada a las víctimas. Sin embargo, en relación a la actuación de profesionales sanitarios, un estudio realizado en el País Vasco, reveló que aunque la calidad percibida por la atención dada a las usuarias era buena, existían muchas carencias en los protocolos asistenciales (Instituto Vasco de la Mujer, 2010). A pesar de que existía un protocolo específico para la atención a víctimas de violencia de género y otro para víctimas de violencia doméstica, se observó que dicho protocolo se centraba en establecer una adecuada coordinación entre los diferentes agentes implicados en la atención a este tipo de víctima, pero, por otro lado, presentaba deficiencias en cuanto a la falta de homogeneidad del modelo de atención y de la formación de los profesionales sanitarios. Estas deficiencias generaban la necesidad de crear guías de práctica clínica destinadas a la atención específica y, de establecer criterios formativos basados en evidencia científica. Por otro lado, este mismo estudio, establecía la necesidad de crear unidades asistenciales especializadas, integradas por equipos multidisciplinares donde se pudieran desarrollar actividades diversas como atención especializada por profesionales sanitarios adecuadamente formados, apoyo a los profesionales de otros centros asistenciales en la atención a las víctimas y, coordinación con diferentes profesionales tanto intrainstitucional como interinstitucional.

Algunos estudios al respecto señalan que cuando el profesional sanitario se ciñe en atender a la mujer víctima exclusivamente desde el punto de vista médico, sólo se presta atención a los daños físicos de la paciente, dejando de lado otros aspectos como el maltrato psicológico. Entre los determinantes en la atención a las víctimas de violencia de género se encuentran la falta de formación y entrenamiento, señalada de hecho por los propios profesionales, la falta de recursos y apoyos y, el tiempo dedicado en cada consulta. Como consecuencia de esta situación laboral, sólo los profesionales bien capacitados y sensibilizados en la materia son capaces de diagnosticar y de tratar adecuadamente a las pacientes (Colombini et al., 2012).

En definitiva, el estudio de las variables diferenciales existentes entre las diversas investigaciones, así como la propia metodología de investigación e interpretación de los resultados, conducirá a conclusiones reveladoras respecto de los componentes y metodologías utilizados en cada una de las intervenciones evaluadas, y su repercusión sobre la eficacia o ineficacia de las intervenciones.

La metodología comunicativa crítica como estrategia de salud y empoderamiento

La MCC ha sido aplicada en contextos relacionados con poblaciones que sufren procesos de desigualdad en distintos ámbitos, como pueda ser el educativo a través del proyecto INCLUD-ED con resultados realmente satisfactorios que muestran un mejor abordaje de las problemáticas hacia las que se orienta, respecto a los abordajes tradicionales (Grañeras, Gil y Díaz-Caneja, 2011).

La MCC puede contribuir, a través de su utilización en proyectos de investigación-acción, al diseño de actuaciones en el ámbito sanitario, como pueda ser la formación de los profesionales. A pesar de los avances planteados en las políticas y prácticas sanitarias referidos anteriormente, las víctimas de violencia de género todavía no tienen cabida en el diseño y evaluación de estas. Durante mucho tiempo, las investigaciones realizadas con colectivos que sufren desigualdades se han servido de las personas afectadas para recoger información y analizar su realidad y sus necesidades, plantear intervenciones y evaluar su impacto. Este anacronismo reproduce los procesos de desigualdad de género que se dan en la sociedad, donde de manera paternalista se pretende apoyar a las víctimas, pero sin contar con estas, reforzando de este modo su posicionamiento de inferioridad, de no participación y de imposición de lo que se considera mejor o más conveniente para ellas. Si bien es cierto que la evidencia científica debe articular cualquier medida legislativa y orientar la

práctica aplicada hacia parámetros de calidad y buenas prácticas, no es menos cierto que en la sociedad actual la ciudadanía solicita mayor participación en los procesos que les afectan. En palabras de Gómez y Racionero-Plaza (2008), una de las claves reside en la creación de espacios de diálogo igualitarios, en los cuales “las personas investigadas” aportan sus conocimientos, incrementando con ello el conocimiento sobre dicha problemática y la experiencia vivida de las personas afectas, sino también a través de ello aumenta el impacto social de dichos conocimientos y su aplicabilidad a contextos reales. De este modo, en el ámbito de la salud, esta tendencia a solicitar mayor participación activa por parte de las personas afectadas es una oportunidad para el desarrollo de su empoderamiento, tanto en parámetros de salud como en su relación con los servicios sanitarios que las atienden. En definitiva, podemos afirmar que la metodología comunicativa crítica fomenta y facilita la promoción de la salud y el vínculo con los recursos asistenciales.

Conclusiones

Es evidente la necesidad de un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios en respuesta a la atención de los casos de violencia de género, de forma que las actuaciones giren en torno a las necesidades de las víctimas. Esto requiere desarrollar dos líneas claras de actuación. Por un lado, facilitar la participación activa de los colectivos de mujeres víctimas de violencia de género en el diseño de las actuaciones y protocolos de atención a estos casos. Y, por otro lado, a partir de la incorporación de los resultados derivados de los procesos de participación de las víctimas, diseñar y desarrollar una formación específica orientada a los profesionales sanitarios para la detección precoz y atención de calidad de los casos de víctimas de violencia de género. Una mayor formación de calidad, redundará no sólo en actuaciones basadas en buenas prácticas, sino que además facilitará la tarea de los profesionales sanitarios, mejorando no sólo la atención que dispensan sino también la prevención de síntomas de frustración, desmotivación o desorientación ante posibles casos de violencia de género, y el impacto que estos síntomas puedan tener sobre su propia salud.

Para concluir, podemos afirmar que aunar ciencia y participación ciudadana, en el ámbito de las desigualdades de género y de la violencia de género, así como en muchos otros ámbitos, es una práctica que puede proporcionar resultados positivos muy prometedores para el bienestar físico, mental y social al que se refería la OMS al definir el concepto de salud. Abrirse a la ciudadanía es abrir la ciencia a la realidad de las personas y de los colectivos. Y la ciencia debe ser la herramienta de la ciudadanía para desarrollar su empoderamiento y alcanzar el bienestar físico, psicológico y social: su salud. Dotemos a las mujeres víctimas de violencia de género de las herramientas necesarias para ser artífices de su propio proceso de salud, y dotemos a los profesionales sanitarios que las acompañan en todo ese proceso de la formación que precisan para hacerlo eficaz y satisfactoriamente.

Referencias:

- Colombini, M., Mayhew, S., & Watts, C. (2008). Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 635-642. doi:10.2471/BLT.07.045906
- Colombini, M., Mayhew, S. H., Ali, S. H., Shuib, R., & Watts, C. (2012). An integrated health sector response to violence against women in Malaysia: lessons for supporting scale up. *BMC Public Health*, 12(1), 548. doi:10.1186/1471-2458-12-548
- Conn, L. G., Young, A., Rotstein, O. D., & Schemitsch, E. (2014). "I've never asked one question." Understanding the barriers among orthopedic surgery residents to screening female patients for intimate partner violence. *Canadian Journal of Surgery*, 57(6), 371-378. doi:10.1503/cjs.000714
- Gómez, A., & Racionero-Plaza, S. (2008). Paradigma comunicativo crítico. [Critical communicative paradigm]. *Universitas Tarraconensis: Revista de Ciències de l'Educació*, 117-129. Retrieved from http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/desembre08/UT_desembre08.pdf
- González de Haro, M. D. (2006). *La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas: un marco de referencia para los cuidados de enfermería: lección inaugural curso académico 2006-2007*. [Health and social implications, and educational policies: a framework for nursing care: Inaugural Lecture 2006-2007 academic year]. Paper presented at the University of Huelva, Spain. Retrieved from <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4343/b1437626x.pdf?sequence=2>
- González, J. L., & Garrido, M. J. (2015). Satisfacción de las víctimas de violencia de género con la actuación policial en España. Validación del Sistema VioGen. *Anuario de Psicología Jurídica* 25 (1), 29–38. doi:10.1016/j.apj.2015.02.003
- Gottlieb, A. S. (2008). Intimate partner violence: a clinical review of screening and intervention. *Women's Health*, 4 (5), 529-539. doi:10.2217/17455057.4.5.529
- Grañeras, M., Gil, N., & Díaz-Caneja, P. (2011). *Actuaciones de éxito en las escuelas europeas*. [Successful performances in European schools] (Ministerio de Educación Secretaría de Estado de Educación y Formación Profesional. Ed. Secretaría General Técnica Report 820-11-505-1). Retrieved from https://sites.google.com/site/almacenpnp/almacen/Informe_2011_actuacionesdeexito.pdf?attredirects=0&d=1
- Instituto Vasco de la Mujer, Gobierno Vasco (2010). *Respuesta Institucional ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres en el ámbito de los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)*. [Institutional Response to Domestic Abuse Against Women in the field of social services in the Basque Country] Retrieved from: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/evaluacion.07.malos.tratos.respuesta.servicios.sociales.cas.pdf
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360 (9339), 1083-1088. doi:10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- Lalonde, M. (1981). A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. *Minister of Supply and Services Canada*. (Ottawa April 1974). Retrieved from <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/informe-lalonde.pdf>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. [Organic Law 3/2007 of 22 March for the effective equality between men and women] Retrieved from <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Organic Law 1/2004 of 28 December 2004, on Comprehensive Protection Measures against Gender

- Violence] Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Lombardo, E. (2003). El mainstreaming de género en la Unión Europea. [Gender mainstreaming in the European Union]. *Aequalitas. Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, 10 (15), 6-11. Retrieved from https://observatorioaragones.org/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/Instituto%20Aragón%20de%20la%20Mujer/Documentos/Doc/Art_MainstreamingUE.pdf
- Lombardo, E. & Mergaert, L. (2013). Gender Mainstreaming and Resistance to Gender Training: A Framework for Studying Implementation. *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 21(4), 296-311. doi: 10.1080/08038740.2013.851115
- Menéndez, S., Pérez, J. & Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. [Partner violence against women in Spain: Quantification and characterization of the problem, victims, aggressors, and the social and professional context]. *Psychosocial Intervention*, 22,41–53. doi:10.5093/in2013a6
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de salud de las mujeres (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. [Common protocol for healthcare action against gender violence]*. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Víctimas mortales por violencia de género. [Killed victims by gender violence.]*. Retrieved from http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/Vmortales_2018_04_12.pdf
- Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Martín-Baena, D., Talavera, M., Escribà-Agüir, V., & Vives- Cases, C. (2011). Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues*, 21(5), 400-406. doi:10.1016/j.whi.2011.04.003
- Organización Mundial de la salud (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Preamble to the Constitution of the World Health Organization]* (Official Records of the World Health Organization Publication, 2) Retrieved from http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitucion-sp.pdf
- Organización Mundial de la salud (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 Septiembre 1978 [Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978]*. Ginebra: OMS. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la salud [World Health Organization] (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [Ottawa Charter for Health Promotion]*. Ginebra: OMS. Retrieved from <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Mundial de la salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. [The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life]*. Ginebra: OMS. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2002/es/>
- Organización Mundial de la salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. [WHO multi- country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses]*. Ginebra: OMS. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43390/1/924359351X_spa.pdf
- Organización Mundial de la salud (2013a). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra*

las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas [Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines]. Ginebra: OMS. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr1310/es/>

- Rojas, L. K., Gutiérrez, R. T., Alvarado, R., & Fernández, S. A. (2015). Attitude of primary care professionals to gender violence. A comparative study between Catalonia and Costa Rica. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 47(8), 490-497. doi: 10.1016/j.aprim.2014.10.008
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., & Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. [Violence against women in the couple: health determinants and responses]. *Gaceta sanitaria* [online]. 18, (2) , 4-12 . Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/qs/v18s2/revision1.pdf>
- Silva, E. B. D., Padoin, S. M. D. M., & Vianna, L. A. C. (2015). Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 249-258. doi:10.1590/1413-81232014201.21202013
- Sonego, M., Gandarillas, A., Zorrilla, B., Lasheras, L., Pires, M., Anes, A., & Ordobás, M. (2013). Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 440-446. doi:10.1016/j.gaceta.2012.11.009
- World Health Organization (2009). *Milestones in health promotion. Statements from global conferences*. Geneva: WHO. Retrieved from: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>
- World Health Organization (2013b). *The Helsinki statement on health in all policies*. 8th Global Conference on Health Promotion Jun 10-14; Helsinki (Finlandia). Geneva: WHO. Retrieved from http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Dubé, N., Hodgins, M. J., Malcolm, J., Majerovich, J. A., (...) & Varcoe, C. (2015). The process, outcomes, and challenges of feasibility studies conducted in partnership with stakeholders: a health intervention for women survivors of intimate partner violence. *Research in nursing & health*, 38(1), 82-96. doi: 10.1002/nur.21636