

# Estudi sobre altres formes de violència exercida sobre les dones que atempten contra la seva capacitat i dret a la reproducció i aproximació i intervenció de l'Administració local en la matèria

Avortament forçós, esterilització forçosa, anticoncepció forçosa, gestació per substitució, crims en nom «de l'honor»



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



Pla de Recuperació,  
Transformació i Resiliència



GOBIERNO  
DE ESPAÑA



FEDERACION ESPAÑOLA DE  
MUNICIPIOS Y PROVINCIAS



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE IGUALDAD  
Y CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Estudi sobre altres formes de violència exercida sobre les dones que atempten contra la seva capacitat i dret a la reproducció i aproximació i intervenció de l'Administració local en la matèria Avortament forçós, esterilització forçosa, anticoncepció forçosa, gestació per substitució, crims en nom «de l'honor»

Realitzat per **RED2RED** per a la Federació Espanyola de Municipis i Províncies (FEMP)

Primera edició: octubre 2022

**Direcció de la investigació** (investigadora principal): Clara Inés Guilló-Girard.

**Equip de recerca**: : Cynthia Bartolomé Esteban, María Luisa Velasco Gisbert, Noemi Soriano García, Laura Nuño Gómez, Helena López Paredes, Josefa Fernández Camacho, Judith García Padilla, Amalia Cuesta García, Eva Álvarez Moreno, Ángela María Serrano Ruiz y Esther Castellanos Torres; y Jaume Almendros Rodríguez, Daniel de Gracia Palomera, Jesús Barbero Quirós en el apoyo a la investigación.

# Índex

Agraïments.....	xí
Llistat d'abreviacions.....	xiii
I. PRESENTACIÓ E INTRODUCCIÓ.....	1
1. Presentació de l'informe.....	2
Objecte d'estudi.....	2
Equip d'investigació.....	3
Estructura de l'informe.....	4
2. Introducció.....	5
2.1. L'existència d'«altres violències» contra les dones.....	5
2.2. Objectius del diagnòstic.....	9
2.3. Metodologia.....	10
2.3.1. Enfocament metodològic.....	10
2.3.2. Principis de treball.....	14
II. DIAGNÒSTIC DE SITUACIÓ.....	16
3. Violència contra la capacitat i el dret a la reproducció.....	17
3.1. Caracterització i tipologies.....	17
3.2. Formes de VR.....	18
3.3. Drets sexuals i reproductius.....	25
3.4. Vinculació de la VR amb altres violències.....	27
4. AEAF: Avortament forçós, esterilització forçosa, anticoncepció forçosa.....	31
4.1. Perspectiva de partida.....	31
4.2. Avortament forçós.....	33
4.2.1. Aproximació al problema.....	33
4.2.2. Avortament selectiu com a pràctica de selecció del sexe.....	36

4.2.2.1.	Descripció del fenomen .....	37
4.2.2.2.	Causes i conseqüències.....	39
4.3.	Esterilització forçosa o coercitiva .....	42
4.4.	Anticoncepció forçosa.....	45
4.5.	Conseqüències de l'AEAF .....	47
5.	AEAF: Dones víctimes i les seves necessitats .....	51
5.1.	Les dones amb discapacitat i dones amb malaltia mental .....	51
5.2.	Altres dones afectades per l'AEAF.....	55
5.2.1.	Dones víctimes de l'explotació sexual.....	55
5.2.2.	Dones migrants, refugiades i sol·licitants de protecció internacional .....	57
5.2.3.	Dones gitanes i d'altres grups ètnics.....	64
5.3.	Necessitats de les dones víctimes d'AEAF .....	67
5.3.1.	Necessitats comunes.....	68
5.3.2.	Necessitats segons el perfil d'afectades .....	72
6.	AEAF: Marc d'actuació.....	74
6.1.	Context internacional i europeu .....	74
6.1.1.	Marc general de partida .....	74
6.1.2.	Context Europeu .....	76
6.2.	Drets de les dones amb discapacitat .....	79
6.3.	Marc normatiu espanyol.....	82
6.3.1.	Normativa estatal .....	82
6.3.2.	Referències autonòmiques.....	88
6.3.3.	Altres referències institucionals.....	91
7.	AEAF: Mapatge de l'atenció a les dones víctimes.....	99
7.1.	La intervenció de les EL.....	99
7.1.1.	Accions locals en matèria de VCD.....	99

7.1.2.	EL: Experiències d'atenció en AEAF .....	103
7.2.	Organitzacions especialitzades: Atenció AEAF .....	106
7.2.1.	Característiques de les entitats.....	106
7.2.2.	Actuacions en matèria d'AEAF .....	108
	Experiències d'interès .....	111
7.3.	Anàlisi de les pràctiques consultades.....	113
7.3.1.	Resum de les experiències.....	114
	Experiència 1: SAVIEX: Servei de Suport a Dones i Nenes amb Discapacitat Víctimes de Violència de Gènere d'Extremadura (Cermi Extremadura) .....	114
	Experiència 2: Centre de Rehabilitació Psicosocial San Fernando de Henares (CRPS).....	115
	Experiència 3: Projecte Construint Sexualitats de l'Ajuntament de Los Realejos i l'Associació Sexualitat i Discapacitat.....	116
	Experiència 4: Servei Alba d'atenció i acompanyament a dones sordes. Confederació Estatal de Persones Sordes (CNSE).....	117
	Experiència 5: Canal de suport sociolegal a dones amb paràlisi cerebral víctimes de violència de gènere. Confederació ASPACE .....	118
	Experiència 6: Observatori de la Dona. Plena inclusió Madrid .....	119
	Experiència 7: Unitats d'Assistència Especialitzada a dones amb discapacitat víctimes de violència de gènere en la comunitat. Confederació d'Entitats de Persones amb Discapacitat Física i Orgànica d'Andalusia (CODISA PREDIF Andalusia) .....	120
7.3.2.	Aprenentatges i reptes de l'atenció a dones víctimes .....	121
7.3.2.1.	Detecció de la violència i l'accés a l'atenció.....	121
7.3.2.2.	Itineraris i procediments d'atenció.....	127
7.3.2.3.	Accions de prevenció i sensibilització.....	135
8.	Gestació subrogada o per substitució .....	138
8.1.	Caracterització de la gestació subrogada o per substitució .....	138
8.1.1.	Dimensions i aspectes clau.....	138

8.1.2.	Prevalença del problema.....	143
8.2.	Les dones víctimes i les conseqüències d'aquesta VR .....	146
8.2.1.	Característiques de les dones víctimes .....	146
8.2.2.	Conseqüències de la gestació subrogada .....	149
8.2.3.	Necessitats de les dones víctimes de GS .....	156
9.	GS: marc normatiu i institucional.....	160
9.1.	Marc internacional i europeu.....	160
9.1.1.	Marc general de partida .....	160
9.1.2.	Context europeu .....	167
9.2.	Marc normatiu espanyol.....	172
9.2.1.	Normativa estatal .....	172
9.2.2.	Referències autonòmiques.....	178
10.	GS: mapatge i experiències d'acció.....	180
10.1.	Consulta a entitats locals i organitzacions i persones expertes.....	180
10.1.1.	Característiques de les EL i organitzacions participants.....	180
10.1.2.	Actuacions en matèria de GS .....	181
10.2.	Experiències d'interès .....	183
11.	Violència o Crims en nom «de l'honor» .....	188
11.1.	Descripció del problema i tipologies.....	188
11.2.	Característiques i necessitats de les víctimes.....	191
11.2.1.	Principals col·lectius afectats .....	191
11.2.2.	Necessitats de les víctimes.....	202
11.3.	Marc normatiu i institucional.....	205
11.3.1.	Context internacional i europeu .....	205
11.3.2.	Marc normatiu espanyol.....	211
12.	CNH: Experiències d'interès.....	215

12.1.	Resultat de les enquestes a EL i organitzacions .....	215
12.1.1.	La intervenció de les entitats locals .....	215
12.1.2.	La intervenció d'organitzacions i persones expertes.....	216
12.2.	Anàlisi de les pràctiques internacionals consultades .....	220
12.2.1.	Experiències d'Alemanya i del Regne Unit.....	220
12.2.1.1.	Regne Unit.....	220
	Experiència 1: HALO PROJECT .....	222
	Experiència 2: IKWRO .....	223
	Experiència 3: Karma Nirvana .....	225
12.2.1.2.	Alemanya .....	226
	Experiència 4: TERRE DES FEMMES .....	227
	Experiència 5: PAPTAYA.....	228
12.2.2.	El cas particular de Suècia .....	229
	Experiència 6: Centre Nacional contra la Violència i l'Opressió relacionada amb l'Honor .....	230
13.	Conclusions.....	235
III.	RECOMANACIONS I PROPOSTES PER A LA INTERVENCIÓ .....	245
14.	Propostes per millorar el coneixement i l'ús del <i>Big data</i> .....	246
14.1.	Millorar la producció de coneixement.....	246
14.2.	Eines de <i>Big data</i> .....	250
15.	Propostes per a la intervenció.....	254
15.1.	Reforçar el marc institucional de les «altres violències».....	254
15.2.	Atenció integral i coordinada .....	257
15.2.1.	Drets i integralitat de l'atenció .....	257
15.2.2.	Accessibilitat universal .....	259
15.3.	Principis d'atenció/intervenció amb les víctimes .....	261

15.4.	Indicadores per facilitar la detecció .....	263
15.5.	Garantir l'accés a recursos/serveis .....	266
15.6.	Facilitar l'acreditació de les víctimes.....	267
15.7.	Potenciar la integralitat i la coordinació .....	268
15.8.	Comptar amb recursos humans i materials suficients.....	270
15.8.1.	Perfils professionals .....	270
15.8.2.	Formació i capacitació continua .....	272
15.8.3.	Infraestructures d'atenció .....	273
15.9.	Reparar les víctimes .....	273
15.10.	Potenciar el paper de les associacions i el moviment feminista .....	275
15.11.	Prevenir i sensibilitzar .....	276
16.	Recomanacions en relació amb ATENPRO .....	280
16.1.	Introducció al servei .....	280
16.2.	Valoracions i propostes .....	284
16.3.	Funcionament i operativa del servei.....	285
16.4.	Sobre la comunicació interpersonal i l'acompanyament.....	290
16.5.	Sobre l'avaluació d'assoliments.....	290
17.	Propostes per a un model d'intervenció local.....	292
17.1.	Prevenió .....	293
17.1.1.	Prevenió secundària: detecció primerenca i diagnòstic.....	293
17.1.2.	Educació i sensibilització .....	295
17.2.	Atenció integral.....	298
17.2.1.	Assistència social integral i reparació .....	298
17.2.2.	Protecció i accés a la justícia.....	301
17.3.	Coordinació i protocols.....	303
17.3.1.	Òrgans de coordinació i col·laboració.....	304



17.3.2. Protocols i eines anàlogues .....	306
IV. BIBLIOGRAFIA I ANNEXOS.....	308
18. Bibliografia .....	309
Annex 1. Entitats locals participants en l'enquesta .....	337
Annex 2. Organitzacions i persones expertes participants en l'enquesta .....	341
Annex 3. Entrevistes: llistat d'experiències i informants.....	343

## Índex de gràfics

Gràfic 1. Estadística de condemnats per avortament 2013-2021. Unitats: infraccions .....	34
Gràfic 2. Processos d'esterilització a persones amb discapacitat a Espanya (2008-2020). .....	44
Gràfic 3. EL: Violències que sí s'han pogut conèixer en el desenvolupament del treball a l'entitat local.....	100
Gràfic 4. EL: Actuacions que es realitzen en l'actualitat amb les víctimes de violència (en general).....	101
Gràfic 5. EL: Grups de dones o vulnerabilitats estan més presents en l'enfocament de treball actual de l'entitat. ....	103
Gràfic 6. Experiència de l'organització en tipus de VCD .....	107
Gràfic 7. Organitzacions especialitzades: grups de dones o vulnerabilitats més presents.....	107
Gràfic 9. Sol·licituds presentades en les oficines consulars espanyoles per a la inscripció de menors nascuts mitjançant tècniques de gestació per substitució per països (2010-2022).....	144
Gràfic 10. Evolució del nombre de sol·licituds per inscriure bebès nascuts per GS als consolats espanyols per anys (2010-2022).....	145
Gràfic 11. Entitats expertes consultades segons àrea de coneixement i/o intervenció .....	181
Gràfic 12. CHN: grups de dones o vulnerabilitats més presents en el treball de les organitzacions .....	217
Gràfic 13. ATENPRO: evolució temporal del nombre d'usuàries en actiu (2010-2023) .....	280

## Índex d'il·lustracions

Il·lustració 1. Definicions: article 3 del Conveni d'Istanbul.....	7
Il·lustració 2. Distribució de les EL participants en l'enquesta segons CA ( % sobre el total) .....	12

Il·lustració 3. Ràtio de masculinitat en néixer per província (any 2021). Unitats: nombre d'homes per cada 100 dones (%).....	38
Il·lustració 4. Distribució del nombre de dones beneficiàries de protecció internacional al Sistema d'Acollida per Comunitats Autònomes. Total estades. Total nacional a 31/3/2023. ....	63
Il·lustració 5. Pictogrames-SAAC sobre VS contra dones i nenes.....	122
Il·lustració 6. Difusió de xerrada informativa. SAVIEX -CERMI Extremadura .....	136
Il·lustració 7. Difusió de formació especialitzada. CODISA PREDIF Andalusia .....	136
Il·lustració 8. Mapa de la vulnerabilitat (*) potencial als CNH a Espanya (per províncies). % de dones estrangeres** sobre el total de població femenina. ....	196
Il·lustració 9. Mapes de la vulnerabilitat (*) potencial als CNH a Espanya, per províncies i segons la regió d'origen de les dones (Àfrica; subcontinent indi; Orient Mitjà). % d'empadronades (per país de naixement**) sobre el total de població femenina. ....	198
Il·lustració 10. Esquema de funcionament d'ATENPRO (juliol 2023) .....	284
Il·lustració 11. Extracto de la Fitxa d'Usuària-Protocol d'Actuació ATENPRO .....	288
Il·lustració 12. Esquema d'un model bàsic d'acció .....	307

## Índex de taules

Taula 1. Nombre de qüestionaris realitzats i respostes obtingudes.....	11
Taula 2. Avortament (delicte): penes de presó segons durada de la pena (2012-2021). Unitats: penes..	35
Taula 3. Dones que utilitzen un mètode anticonceptiu: percentatge segons el tipus i grup d'edat (2018) .....	46
Taula 4. EL: Disponibilitat de protocols sobre violència contra les dones .....	102
Taula 5. Principals reptes en la intervenció en matèria de VR segons el tipus d'entitat.....	134
Taula 6. Modalitats actuals de gestació subrogada.....	142
Taula 7. Serveis i prestacions bàsiques d'Assistència social integral i reparació (Catàleg de referència de polítiques i serveis en matèria de violència contra les dones 2022) .....	299

## Agraïments

ACCEM

Alba Prado Mendoza

Alicia Márquez

Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Refugiados (UNHCR Spain)

Ángeles Blanco

Asociación AML3 Madrid

Asociación de Mujeres Paquistaníes PakMir

Asociación Estatal Sexualidad y  
Discapacidad

Ayuntamiento de Los Realejos (Santa Cruz  
de Tenerife)

Ayuntamiento de Madrid (Dirección  
General de Políticas de Igualdad y contra la  
Violencia de Género)

Belén Gallo

Centro de Rehabilitación Psicosocial de San  
Fernando de Henares (CRPS)

Cermi Extremadura

Clara Moratalla

Comisión Española de Ayuda al Refugiado  
(CEAR)

Confederación ASPACE

Confederación de Entidades de Personas  
con Discapacidad Física y Orgánica de  
Andalucía (CODISA PREDIF Andalucía)

Confederación Estatal de Personas Sordas  
(CNSE)

Cristina López Arellano

Cruz Roja Española (CRE)

Delegación del Gobierno contra la Violencia  
de Género (DGVG)

Diana Nammi

Eva Menéndez Sebastián

Fundación de Solidaridad Amaranta

Gala Castellanos Poza

IKWRO (Reino Unido)

Itziar Abad Andújar

Joaquín Corcobado Romo

Kriseneinrichtung PAPATYA (Alemaña)

Laura Membiela Ontoria

Laura Ramos

M.<sup>a</sup> Carmen García

Macarena Gámir Linares

Margarita Rullas Trincado

Marta Oliva de la Torre

Nadia Berodia Sánchez

Natalia Rubio Arribas

Nieves Galán

Nuria González López

Plena Inclusión Madrid

Rebeca Tur Baraja

Rubia Naz

Sandra Santos Fraile

UNHCR Spain

Valeria Tosi

Yolanda Vega

## Llistat d'abreviacions

ACNUDH	OHCHR
ACNUR	Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Refugiats
AEAF	Avortament forçós, esterilització forçosa, anticoncepció forçosa
ATENPRO	Servei Telefònic d'Atenció i Protecció a les víctimes de la violència de gènere
CAR	Centres d'Acolliment de Refugiats
CBC	Center for Bioethics and Culture (Centre de Bioètica i Cultura)
CA	Comunitats Autònomes
CDN	Convenció sobre els Drets dels Nens
CDPD	Convenció de Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitat
CDPD	Comitè sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat
CEDAW	Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women (Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona)
CESCR	Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals
CESE	Comitè Econòmic i Social Europeu
CETI	Centres d'Estada Temporal per a Immigrants
CGPJ	Consell General del Poder Judicial
CIAMS	Coalició Internacional per a l'Abolició de la Maternitat Subrogada
CNH	Criminals en nom «de l'honor»
CP	Codi Penal
CREADE	Centres de Recepció, Atenció i Derivació
CRPD	Comitè sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat
D.G.	Direcció General
DH	Drets Humans
DGRN	Direcció General del Registre i el Notariat
DGVG	Delegació del Govern contra la Violència de Gènere
DSR	Drets sexuals i reproductius
EL	Entitats locals
EUA	Estats Units
EEVM	Estratègia Estatal per combatre les Violències Masclistes (2022-2025)

FCSE	Forces i Cossos de Seguretat de l'Estat (Guàrdia Urbana, Policia Municipal o Local, policies autonòmiques, Cos Nacional de Policia, Guàrdia Civil)
FEMP	Federació Espanyola de Municipis i Províncies
GS	Gestació subrogada o gestació per substitució
IOM	vegeu OIM
IOM	vegeu OIM
ISS	Servei Social Internacional
LOSSRIVE	Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs
LSE	Llengua de signes espanyola
MDID	Dones amb discapacitat intel·lectual o del desenvolupament
MGF	Mutilació Genital Femenina
MISSM	Ministeri d'Inclusió, Seguretat Social i Migracions
MV	Dona víctima de violència
MVM	Dones víctimes de la violència de gènere
NNUU	Nacions Unides
ODS	Objectius de Desenvolupament Sostenible
OHCHR	Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans
OIM	Organització Internacional de les Migracions
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONG	Organització no governamental
ONU	vegeu ONU
PECVG	Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere
PEIEMH	Pla Estratègic per a la Igualtat Efectiva de Dones i Homes (2022-2025)
PI	Protecció Internacional
PRTR	Pla de Recuperació, Transformació i Resiliència
RAIEPP	Xarxa Acadèmica Internacional d'Estudis sobre Prostitució i Pornografia
RECAV	Xarxa Estatal Contra el Lloguer de Ventres
XS	Xarxes socials (Instagram, Twitter, Facebook, etc.).
SSR	Salut sexual i reproductiva
STEDH	Sentència del Tribunal Europeu de Drets Humans
STS	Sentència del Tribunal Suprem
TEDH	Tribunal Europeu de Drets Humans (també conegut com «Tribunal d'Estrasburg»)

TEDH	Tribunal Europeu de Drets Humans
UN	United Nations (Nacions Unides)
UNFPA	Fons de Població de les Nacions Unides
UNHCR	vegeu ACNUR
VBH	Violència basada en l'honor
VCM	Violència contra les dones
VG	Violència de gènere
VR	Violència reproductiva
VS	Violència sexual
VVCM	Víctimes de violència contra les dones
VG	Víctimes de violència de gènere

# I. PRESENTACIÓ E INTRODUCCIÓ

## 1. Presentació de l'informe

### Objecte d'estudi

*L'Estudi sobre altres formes de violència exercida sobre les dones que atempten contra la seva capacitat i dret a la reproducció (avortament forçós, esterilització forçosa, anticoncepció forçosa, gestació per substitució, crims en nom «de l'honor») i aproximació i intervenció de l'Administració local en la matèria, té com a objectiu principal millorar la comprensió sobre els tipus menys coneguts de violència contra les dones i plantejar propostes d'acció des de l'àmbit local.*

La Federació Espanyola de Municipis i Províncies (FEMP) ha desenvolupat aquesta recerca gràcies al finançament del Pla de Recuperació, Transformació i Resiliència (PRTR) que compta amb els fons Next GenerationEU de la Unió Europea. El marc institucional de finançament és el de la inversió 4 del Component 22 del PRTR, i per tant es basa en el que s'estableix al Reial decret 1042/2021, pel qual es regula la concessió directa d'una subvenció a la FEMP per a aquest objecte<sup>1</sup>, gràcies a l'impuls del *Pla Espanya et protegeix contra la violència masclista (2021)*.

Igualment, l'estudi contribueix als objectius d'altres instruments de política pública, tant a l'ODS5 de l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible de Nacions Unides a Espanya, com a la implementació del Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (2011) al nostre país.

**La FEMP promou de manera transversal el principi d'igualtat d'oportunitats entre dones i homes** en totes les polítiques de l'àmbit local, i treballa activament pel desenvolupament i la innovació d'actuacions per erradicar la violència contra les dones com a part de les polítiques locals d'igualtat.

La FEMP incideix, en línia amb la Declaració Mundial sobre les Dones en el Govern Local (UCLG, 2021)<sup>2</sup>, en què **el Govern Local juga un paper crucial en la garantia dels drets reproductius de les dones** com a proveïdor de serveis i de condicions de vida acceptables.

---

<sup>1</sup> Reial decret 1042/2021, de 23 de novembre, pel qual es regula la concessió directa d'una subvenció a la Federació Espanyola de Municipis i Províncies per a la modernització i ampliació dels dispositius d'atenció i protecció a les víctimes de violència masclista en el marc del Pla de Recuperació, Transformació i Resiliència, BOE núm. 282, de 25 de novembre de 2021.

<sup>2</sup> Declaració conjunta davant la 65ª sessió de la Comissió de la Condició Jurídica i Social de la Dona de les Nacions Unides (CSW65) del col·lectiu organitzat de Governos Locals i Regionals, reunits en la Global Taskforce. Accés



Des de l'any 2004, l'FEMP és responsable de la gestió del Servei Telefònic d'atenció i Protecció a les víctimes de la violència de gènere (ATENPRO)<sup>3</sup> la titularitat del qual recau en la Delegació del Govern contra la Violència de Gènere (Ministeri d'Igualtat). **ATENPRO requereix una modernització** per a l'optimització dels serveis que presta en l'àmbit de la lluita contra la violència masclista en totes les seves formes i dimensions. Aquest estudi vol contribuir a aquest objectiu facilitant propostes per a un model integral d'actuació contra la violència masclista que abasti totes les violències, també les menys conegudes que, en aquest cas, fan referència a les violències reproductives i els denominats crims en nom «de l'honor».

D'ara endavant, per facilitar la lectura es fan servir amb freqüència les abreviacions (consulteu el Llistat d'abreviacions), d'aquesta manera s'utilitzarà **AEAF** per denominar l'avortament forçós, esterilització forçosa, anticoncepció forçosa; l'abreviació **GS** es refereix a la gestació per substitució o subrogada; i **CNH** per als denominats com a crims en nom «de l'honor».

### Equip d'investigació

La investigació ha estat desenvolupada per l'àrea d'Innovació i Polítiques Públiques de RED2RED i ha comptat amb un ampli equip interdisciplinari d'investigadores: Clara Inés Guilló Girard (directora), Cynthia Bartolomé Esteban, María Luisa Velasco Gisbert, Noemí Soriano García, Laura Nuño Gómez, Helena López Paredes, Josefa Fernández Camacho, Judith García Padilla, Amalia Cuesta García, Eva Álvarez Moreno, Ángela María Serrano Ruiz i Esther Castellanos Torres; a més del Jaume Almendros Rodríguez, el Daniel de Gracia Palomera i el Jesús Barbero Quirós com a personal de suport a la recerca.

Juntament amb aquest equip, diverses entitats i persones expertes han aportat valuoses orientacions al treball: ACCEM; Rebeca Tur Baraja; Comissió Espanyola d'Ajuda al Refugiad (CEAR); Alicia Márquez - Fundació de Solidaritat Amaranta; Eva Menéndez Sebastián - UNHCR Spain; Rubia Naz - Associació de Dones Pakistaneses PakMir; i Valeria Tosi. A totes elles, li agraïm la seva implicació en el projecte.

Volem donar les gràcies a totes les persones i entitats que amb la seva generositat han participat en les enquestes (Annex 1 i Annex 2) i en les entrevistes (Annex 3). I pel seu treball de

---

<sup>3</sup> D'acord amb el seu Protocol actual, ATENPRO, «persegueix, com a objectiu fonamental, que la víctima se senti segura i acompanyada mentre duri el procés que li permeti reprendre les regnes de la seva vida, facilitant el contacte amb un entorn de seguretat i possibilitant la intervenció immediata, amb mobilització, si escau, dels recursos d'atenció necessaris».

coordinació, també al Joaquín Corcobado Romo i la Gal·la Castellanos Pozo, de l'Àrea de Ciutadania i Drets Socials de la Direcció General d'Igualtat i Política Institucional de la FEMP.

### Estructura de l'informe

El present informe està dividit en quatre blocs de contingut. El primer bloc conté la Presentació de l'informe i la Introducció de la temàtica i la metodologia emprada per al seu desenvolupament (Capítol 1).

El segon bloc agrupa del capítol 2 al capítol X i constitueix *El Diagnòstic de Situació. ...*

El tercer bloc, *Recomanacions i propostes per a la intervenció*, aglutina X capítols, que recorren les recomanacions elaborades per a l'acció local, la invocació del servei ATENPRO i els seus futurs desenvolupaments, i la proposta d'un model d'intervenció integral de caràcter local sobre les violències a les que es dirigeix l'estudi (la violència reproductiva i els crims en nom «de l'honor»).

El quart bloc de l'informe presenta les referències bibliogràfiques i fonts consultades per a l'elaboració de l'estudi (capítol x) i la relació d'annexos amb informació complementària.

## 2. Introducció

### 2.1. L'existència d'«altres violències» contra les dones

La violència contra les dones **s'expressa en diferents àmbits i de forma interrelacionada**. Algunes d'aquestes expressions són ben conegudes per la societat i existeix una considerable sensibilització en relació amb això. Alguns exemples són la violència en les relacions de parella o exparella (coneguda a Espanya com a *violència de gènere*)<sup>4</sup>, la violència sexual que té lloc en l'àmbit públic (espais d'oci) o la tracta de dones i nenes per a l'explotació sexual.

No obstant això, **existeixen altres formes de violència poc conegudes**, a les quals les institucions públiques han prestat poca atenció fins ben aviat. El seu desconeixement es deu a la normalització i la invisibilitat que la violència contra les dones segueix tenint al món, la qual cosa **alerta sobre els esforços institucionals que encara són requerits per aconseguir societats més justes entre dones i homes**.

La manca d'informació no significa que el seu abast sigui menor, ni que les seves conseqüències siguin més lleus. Al contrari, la invisibilitat de la violència —en qualsevol de les seves formes— implica que les **víctimes estiguin més desprotegides** i que les figures agressores tinguin **una impunitat major**.

Entre aquestes formes de violència es troben els considerats **crims en nom «de l'honor»** (d'ara endavant, [CNH](#)) i **la violència reproductiva**. Respecte d'aquesta darrera pràctica, l'estudi se centra exclusivament en l'avortament forçós, **l'esterilització forçosa i l'anticoncepció forçosa** (d'ara endavant, [AEAF](#)) i en la **gestació per substitució o gestació subrogada** (d'ara endavant, [GS](#)).

Encara que la violència contra les dones (d'ara endavant, [VCD](#)) suposa un *continuum* de violències interrelacionades (Kelly, 1988) i qualsevol dona o nena en poden ser víctimes, les formes que ens ocupen afecten sobretot —encara que no exclusivament— **a dones amb**

---

<sup>4</sup> A Espanya, aquesta violència és coneguda com «violència de gènere» a partir de l'entrada en vigor de la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere. Aquesta denominació es va mantenir en el Reial decret llei 9/2018 de mesures urgents per al desenvolupament del Pacte d'Estat en matèria de Violència de Gènere, el 13 de setembre de 2018.

**discapacitat, a dones pertanyents a ètnies i diàspores de regions específiques, i a altres dones en situacions d'especial vulnerabilitat.**

Aquest últim seria el cas de les dones més joves, dones empobrides, dones gitanes, dones que busquen protecció internacional per raons de gènere o les víctimes d'explotació sexual per situació de tràfic o prostitució.

**Els darrers anys s'estan produint grans avanços** en termes de visibilitat de totes les formes de VCD; tant en la millora del coneixement social com en les normes que protegeixen els drets de les víctimes, per la qual cosa les polítiques públiques dirigides a la seva erradicació i atenció encara poden millorar. En aquest sentit, **el marc institucional d'acció** contra les violències masclistes a l'Estat espanyol i a la Unió Europea<sup>5</sup> és cada vegada més ampli<sup>6</sup>, tot i que encara ha de seguir desenvolupant-se.

Comptem, però, amb un instrument fonamental com és el **Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica** (2011); més conegut com **Conveni d'Istanbul**<sup>7</sup>. Juntament amb aquest conveni, s'espera una futura Directiva Europea sobre la lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (proposta del Parlament Europeu i del Consell (COM/2022/105 final) de l'any 2022).

**El marc d'aquesta investigació se circumscriu als principis del Conveni d'Istanbul** que, d'acord amb el Consell d'Europa (2023) estableix:

- Els seus fonaments: prevenir la violència, protegir les víctimes i iniciar accions judicials contra els agressors; crear consciència i canviar la mentalitat de les persones, fent una crida a tots els membres de la societat, en particular als homes i nens, perquè canviïn la seva actitud.
- Es considera una crida perquè existeixi una major igualtat entre dones i homes, ja que la violència contra la dona està profundament arrelada a la desigualtat de gènere en la societat i s'ha perpetuat a través d'una cultura de tolerància i negació.

---

<sup>5</sup> Per conèixer el marc regulador i normatiu de la Unió Europea en matèria de violència contra les dones pot consultar-se la informació de l'Institut Europeu de la Igualtat de Gènere (EIGE) (accés).

<sup>6</sup> Pot veure's un panorama explicatiu del marc institucional espanyol dins de *l'Estratègia Estatal per combatre les violències masclistes 2022-2025* (Delegació del Govern contra la Violència de Gènere, 2022) (accés).

<sup>7</sup> El Conveni d'Istanbul forma part d'aquest marc institucional, juntament amb altres instruments, com ara el Conveni per a la protecció dels drets humans i de les llibertats fonamentals (STE núm. 5, 1950) i els seus Protocols, el Conveni del Consell d'Europa sobre la lluita contra el tràfic d'éssers humans (STCE núm. 197, 2005) i el Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels infants contra l'explotació i l'abús sexual (STCE núm. 201, 2007).

- Això és extensiu, en la seva definició, a les formes de violència (article 3; vegeu la il·lustració inferior). Abasta les formes de violència menys conegudes per la societat i indica (juntament amb les recomanacions del seu mecanisme institucional de seguiment, denominat GREVIO<sup>8</sup>) l'obligatorietat de la seva consideració en les polítiques en tots els àmbits.
- El terme «dona» inclou les nenes menors de 18 anys.

Il·lustració 1. Definicions: article 3 del Conveni d'Istanbul

a) Per «violència contra la dona» s'entendrà una violació dels drets humans i una forma de discriminació contra les dones, i es designaran tots els actes de violència basats en el gènere que impliquen o poden implicar per a les dones danys o sofriments de tipus físic, sexual, psicològic o econòmic, incloses les amenaces de realitzar aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, en la vida pública o privada;

b) Per «violència domèstica» s'entendran tots els actes de violència física, sexual, psicològica o econòmica que es produeixen dins de l'àmbit de la família o a la llar, o entre cònjuges o parelles de fet antics o actuals, independentment que l'autor del delictes comparteixi o hagi compartit el mateix domicili que la víctima;

c) Per «gènere» s'entendran els papers, comportaments, activitats i atribucions socialment construïts que una societat concreta considera propis de dones o d'homes;

d) Per «violència contra la dona per raons de gènere» s'entendrà tota violència contra una dona pel fet de ser una dona o que afecti les dones de manera desproporcionada;

e) Per «víctima» s'entendrà tota persona física que estigui sotmesa als comportaments especificats als apartats a i b;

Font: Instrument de ratificació del Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra la dona i la violència domèstica, fet a Istanbul l'11 de maig de 2011.

- El Conveni exigeix als Estats Parts criminalitzar o sancionar les conductes següents<sup>9</sup>: violència domèstica (violència física, sexual, psicològica o econòmica); assetjament;

<sup>8</sup> Grup d'Experts en la lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (GREVIO). És un òrgan d'experts independents Primer Informe d'Avaluació GREVIO sobre Espanya (2020); General Recommendation No. 1 on the digital dimension of violence against women (2021); Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline avaluación reports (2022).

<sup>9</sup> Al·ludeix a la resta d'instruments internacionals respecte d'altres violències, com ara el tràfic d'éssers humans i l'exploració sexual.

violència sexual, inclosa la violació i l'assetjament sexual; matrimonis forçosos; crims «d'honor»; mutilació genital femenina; i avortament i esterilització forçosos.

- Emfatitza la participació de tots els organismes i serveis estatals pertinents, amb l'objecte d'afrontar la violència de forma coordinada. Això significa que els organismes i les ONG no haurien d'actuar de manera aïllada, sinó establir protocols de cooperació (Consell d'Europa, 2012:2).

El Conveni d'Istanbul fou **ratificat per Espanya<sup>10</sup> l'any 2014** i es considera, per tant, normativa pròpia de l'Estat.

La seva entrada en vigor **implica l'alineació de la normativa i programes públics** al llarg del país. Aquest és un procés que està implicant més temps del desitjat. La seva implantació progressiva està suposant la **necessària actualització de les polítiques públiques a un marc d'intervenció més extens i eficaç** sobre la violència contra les dones, que abasti les formes menys conegudes de violència.

Des de fa dues dècades Espanya ha destacat per la seva iniciativa legislativa en matèria d'igualtat entre dones i homes, el reconeixement dels drets del col·lectiu LGTBIQ+ i la lluita contra la violència contra les dones<sup>11</sup>. En l'actualitat, tot i que les seves polítiques tracten de ser actualitzades per millorar la seva alineació amb el Conveni d'Istanbul, és cert que es requereix un major impuls respecte de la violència reproductiva i respecte dels crims en nom «de l'honor». Això es fa patent en el marc institucional vigent que, malgrat els avanços, no reflecteix suficientment l'acció sobre aquestes violències.

Quant als impulsos recents, ens referim al Pacte d'Estat en matèria de violència de gènere (renovat el 25/11/2021)<sup>12</sup>, a l'Estratègia Estatal per Combatre les Violències Masclistes 2022-2025 (EEVM), i a diversos canvis legislatius recents com el Reial decret llei 6/2022, de 29 de març, pel qual s'adopten mesures urgents en el marc del Pla Nacional de resposta a les conseqüències econòmiques i socials de la guerra a Ucraïna<sup>13</sup>; la Llei orgànica, 10/2022, de 6 de setembre, de garantia integral de la llibertat sexual; la

---

<sup>10</sup> Vegeu: Instrument de ratificació del Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra la dona i la violència domèstica, fet a Istanbul l'11 de maig de 2011; BOE núm. 137, de 06/06/2014 (accés).

<sup>11</sup> Tota la normativa referent a igualtat i a la violència contra les dones es recull al Butlletí Oficial de l'Estat al *Codi d'Igualtat* (accés) i el *Codi de Violència de Gènere i Domèstica* (accés), respectivament.

<sup>12</sup> Vegeu un resum del Pacte al web oficial de la DGVG (accés)

<sup>13</sup> Inclou un model d'acreditació unificat de la condició de víctima de tràfic d'éssers humans o d'explotació sexual i l'atenció telefònica a les víctimes en el 016, entre altres mesures.

Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs; i a altres normes que han modificat la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere<sup>14</sup>.

Una de les principals referències nacionals, l'EEVM 2022-2025, al·ludeix a aquestes altres formes de VCD i, per tant, afavoreix l'impuls de noves actuacions. D'aquesta forma, gràcies al Conveni d'Istanbul i a altres iniciatives europees posteriors, juntament amb l'EEVM i els instruments propis d'algunes Comunitats Autònomes (CA), disposem d'eines suficients per poder intervenir amb major eficàcia sobre *totes les formes* de violència, també les menys visibles per a la societat, i **des de tots els nivells de l'administració**.

## 2.2. Objectius del diagnòstic

Els objectius del diagnòstic tenen una **naturalesa exploratòria i descriptiva**, donat el desconeixement que existeix sobre les formes de violència que ens ocupen. És un estudi que també té un **caràcter propositiu**, perquè es realitzen recomanacions i propostes per a la intervenció local sobre aquestes.

Els objectius establerts per a aquest diagnòstic són els següents:

- Descriure la situació actual que existeix a Espanya sobre les formes de violència exercida sobre les dones, que atempten contra la seva capacitat i dret a la reproducció, inclosos els crims en nom «de l'honor»; fonamentalment, en relació amb les necessitats, situacions i potencials usuàries del servei ATENPRO, juntament amb les seves filles i fills.
- Millorar el coneixement existent sobre la intervenció i les necessitats de les entitats locals sobre aquestes violències des d'una perspectiva integral.
- Realitzar propostes per a la seva aproximació i intervenció per part de serveis d'atenció social de caràcter municipal i per al possible itinerari d'intervenció que podrien oferir les Entitats Locals adherides a ATENPRO.
- Contribuir a la definició, organització, disseny i desenvolupament de la plataforma que albergarà l'atenció i protecció de totes les formes de violència contra les dones impulsada per la FEMP.

---

<sup>14</sup> Vegeu el context institucional de canvis i reformes normatives que es detallen a l'EEVM 2022-2025.

- Identificar pautes per a la formació i atenció per part dels professionals d'atenció a les usuàries d'ATENPRO, juntament amb les seves filles i fills.

## 2.3. Metodologia

### 2.3.1. Enfocament metodològic

Es tracta d'un estudi de caràcter **exploratori i descriptiu** que ha emprat un enfocament metodològic mixt (quantitatiu i qualitatiu) en relació amb l'ús de tècniques de recollida i anàlisi de la informació.

**La triangulació metodològica** (Denzin, 2017) es deu a la diferent naturalesa de les dades disponibles i dels diferents objectius de l'estudi. D'aquesta manera, a més de la cerca i anàlisi de fonts secundàries, s'ha emprat l'enquesta i l'entrevista semiestructurada.

- L'enquesta s'ha emprat com a tècnica de consulta sota una perspectiva distributiva per identificar les experiències i les opinions d'organitzacions expertes i entitats locals.  
Quant a l'**anàlisi estadístic**, les fonts que mesuren o registren informació sobre violència contra les dones són molt limitades, i en el cas de les tipologies que ens ocupen són pràcticament inexistents. Cap d'elles es dirigeix a l'estudi de la seva prevalença. Malgrat això, s'ha realitzat una explotació pròpia d'algunes preguntes de la Macroenquesta de Violència sobre la Dona (DGVG, 2019). Igualment, s'han consultat fonts institucionals (com l'estadística del padró continu, l'estadística sobre interrupcions voluntàries de l'embaràs, l'enquesta nacional de fecunditat, el registre de la Direcció General d'Espanyols a l'Exterior i d'Afers Consulars, entre d'altres).
- La perspectiva qualitativa, enfocada a l'estudi de l'experiència i l'anàlisi de contingut s'ha realitzat a través de l'anàlisi documental i de les entrevistes semiestructurades a persones expertes i personal tècnic de serveis que atenen les víctimes des de diferents perspectives.

La investigació **s'ha desenvolupat en tres fases** que han abastat de març a agost de 2023.



## Fase I: revisió de literatura i enquesta

La primera fase s'inicia al març de 2023. Es va centrar en la localització i anàlisi de fonts secundàries especialitzades i en la cerca de persones expertes i entitats locals amb experiències d'interès. Això últim va suposar un primer mapeig de les pràctiques i l'elaboració del marc de mostres necessari per fer les enquestes i les entrevistes.

Les enquestes es van realitzar en línia a través d'una plataforma professional del 26 de maig al 13 de juny de 2023. El **treball de camp amb les entitats locals** (d'ara endavant, EL) es va realitzar gràcies a la col·laboració de la FEMP, que va enviar una carta d'invitació per correu electrònic amb l'enllaç pertinent a través de la seva base de dades. Es va distribuir entre 7.410 entitats locals. A més, es va remetre una versió en anglès al Consell de Municipis i Regions d'Europa (CCRE/CEMR) perquè fos distribuïda entre els seus associats. Es van obtenir 288 respostes, de les quals 9 van ser entitats locals europees (del Regne Unit, França i Bèlgica). Quant a l'enquesta a les **organitzacions i persones expertes**, es va distribuir a través d'un procediment similar directament des de RED2RED a partir d'un marc mostral de 150 referències. Es van obtenir 108 respostes.

En total, es van implementar els **5 qüestionaris** següents:

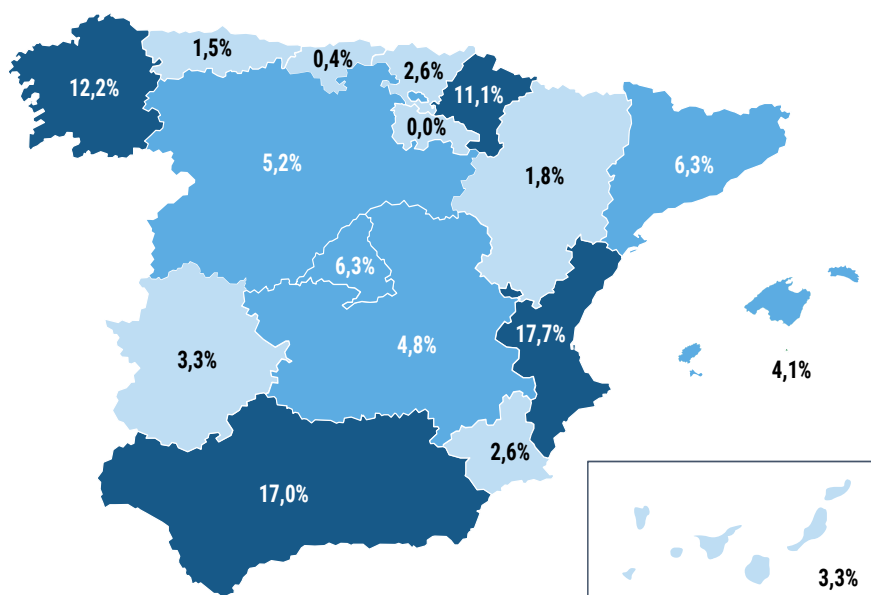
Taula 1. Nombre de qüestionaris realitzats i respostes obtingudes

Enquesta	Respostes
<b>Entitats locals</b>	<b>288</b>
• espanyoles	279
• europees	9
<b>Organitzacions i persones expertes</b>	<b>108</b>
• sobre Violències Reproductives	73
• sobre Gestació Subrogada	17
• sobre Crims d'Honor	18

Elaboració pròpia a partir del treball de camp.

La distribució de les EL de la mostra final per CA pot veure's de manera gràfica en la il·lustració següent.

Il·lustració 2. Distribució de les EL participants en l'enquesta segons CA (% sobre el total)



Red2Red (2023). Enquesta a entitats locals sobre altres formes de violència contra les dones

Els qüestionaris van tenir un nivell de finalització desigual i no totes les preguntes eren obligatòries. Donada la naturalesa de les violències estudiades, gairebé la totalitat de les preguntes tenien un caràcter obert i, per tant, era un qüestionari marcadament qualitatiu. Al mateix temps, diferents serveis d'una mateixa entitat local o ONG podien respondre a un mateix qüestionari des de diferent *expertise*. Per això, el nombre de respostes difereix del nombre d'EL (229) i d'organitzacions (49) participants en les enquestes (vegeu Annexos 1 i 2).

La distribució de les EL de la mostra final per CA es pot consultar de manera gràfica en la imatge número X.

### Fase II i III: experiències d'interès (entrevistes) i anàlisi relacional

La segona fase de la investigació es va centrar en l'anàlisi d'experiències d'atenció a víctimes de VR i CNH, fonamentalment a través d'entrevistes semiestructurades. **S'ha realitzat un total de 17 entrevistes a les quals van prendre part 25 informants expertes** (vegeu Annex 3).

Algunes entrevistes van ser individuals i altres tenien un caràcter de triangulació, prenent part diverses professionals. Totes van comptar amb el consentiment previ informat i van ser enregistrades en àudio/vídeo i transcrites de manera literal. La durada mitjana va ser de 2 hores i es van dur a terme entre juny i juliol de 2023.

Les principals dificultats del treball de camp han estat relacionades amb la **manca d'experiències expertes per part d'entitats locals i d'ONG**. No existeixen serveis públics especialitzats en aquestes temàtiques i hi ha poques experiències des de la societat civil organitzada i del moviment associatiu de dones i feminista.

En el cas de la violència reproductiva (d'ara endavant, VR), en general, les experiències locals estan relacionades amb la violència sexual (d'ara endavant, VS) i violències de gènere (VG) en l'àmbit de la parella/exparella i les seves conseqüències en l'àmbit reproductiu, però manquen de l'especificitat del Conveni d'Istanbul. Per aquesta raó s'ha acudit principalment a entitats de discapacitat (o dona i discapacitat) que sí que realitzen serveis experts i treballen en coordinació amb serveis públics. Són les entitats amb major trajectòria i expertise en VR. Totes les dones se'n poden beneficiar, tinguin o no una discapacitat.

Es varen identificar **7 pràctiques d'interès** en l'anàlisi de les quals han participat **10 informants**.

En l'Annex 3 se'n descriuen els perfils:

(1) Servei de Suport a Dones i Nenes amb Discapacitat Víctimes de Violència de Gènere de Cermi-Extremadura; (2) Centre de Rehabilitació Psicosocial de San Fernando de Henares (CRPS); (3) Projecte Construïnt Sexualitats de l'Ajuntament de Los Realejos - Associació Estatal Sexualitat i Discapacitat; (4) Servei Alba d'atenció i acompanyament a dones sordes de la CNSE; (5) Canal de suport sociolegal a dones amb paràlisi cerebral víctimes de violència de gènere de la Confederació ASPACE; (6) Observatori de la Dona de Plena inclusió Madrid; (7) Unitats d'Assistència Especialitzada a dones amb discapacitat víctimes de VG de CODISA PREDIF Andalusia.

En el cas de **gestació subrogada o per substitució**, el perfil d'entitats i expertes en la matèria al nostre país se centra en la denúncia i conscienciació sobre aquesta pràctica, però no en el treball amb víctimes. Per això, s'ha recorregut a investigadors que sí que estan en contacte amb víctimes a l'estranger.

No s'han localitzat organitzacions formals a Espanya ni a la Unió Europea que ofereixin serveis de suport institucionals per a les víctimes, reconeixent-les com a tals, perquè no està recollit com a delictes en molts països de la nostra regió i no hi ha cap desenvolupament institucional addicional sobre aquest tema. El treball realitzat ha implicat l'estudi de fonts secundàries i de l'atenció realitzada per expertes a víctimes fora d'Espanya (vegeu Annex 3).

Respecte de la violència conceptualitzada com a crims **en nom «de l'honor»** (CNH), el seu abordatge a Espanya no es realitza sota aquesta perspectiva, sinó que es fa de manera segmentada respecte de fenòmens concrets i, sobretot, entorn dels dos àmbits més coneguts: la mutilació genital femenina (d'ara endavant, MGF), d'una banda, i els matrimonis forçosos, de l'altra. Això es deu a la manca d'especificitat normativa i a les mancances institucionals sobre aquesta violència.

Atès que, en paral·lel a aquesta recerca, la FEMP impulsava un altre estudi que recull matrimonis forçosos i la MGF, aquesta investigació s'ha centrat en experiències internacionals que treballen en l'àmbit local i tenen una trajectòria sòlida en l'atenció a les víctimes de CNH. A més d'entrevistar dues expertes espanyoles, s'han analitzat 2 pràctiques -la del centre de Crisi PAPATYA d'**Alemanya** i IKWRO al **Regne Unit** (vegeu Annex 3)-, i s'ha estudiat -a través de fonts secundàries- altres exemples: el del Centre Nacional contra la Violència i l'Opressió relacionada amb l'Honor (*Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck*) de **Suècia**, i tres experiències d'interès d'ONG al **Regne Unit**.

Finalment, davant la manca d'un marc institucional més concret sobre aquestes *altres formes de violència*, i donada la inespecificitat de moltes de les experiències a Espanya, es va decidir reforçar la recollida de dades des d'un **enfocament prospectiu**, que millorés la qualitat de la informació i les recomanacions per a l'acció.

Per aquest motiu, es van realitzar entrevistes per valorar les **potencialitats d'atenció a altres violències en serveis consolidats i estratègies institucionals** d'atenció a dones víctimes de violència. D'aquesta manera, s'ha consultat a la Delegació del Govern per a la Violència de Gènere (Ministeri d'Igualtat), UNHCR Espanya (ACNUR), Creu Roja Espanyola i l'Ajuntament de Madrid (vegeu Annex 3).

L'**última fase de l'estudi** es va centrar en l'anàlisi interrelacional de la informació i l'elaboració de propostes i recomanacions per a un model local d'intervenció a partir de les dades analitzades i la informació recollida.

### 2.3.2. Principis de treball

La recerca s'ha realitzat d'acord amb els criteris següents:

- Enfocament de gènere interseccional i perspectiva feminista, com a teoria crítica i ètica. Reconeixent que les experiències entorn del gènere de les persones

difereixen en funció de la seva intersecció amb altres variables de desigualtat; les quals impliquen discriminacions múltiples. Reconeixent la labor i el paper de les organitzacions locals de dones per a l'impuls i desenvolupament de polítiques d'igualtat.

- Garantia de drets i centralitat sobre la víctima, les seves filles i fills. Prestant especial atenció a la no discriminació i a les situacions de major vulnerabilitat: socioeconòmica, per edat, cultural, origen ètnic o racialització, pel tipus de discapacitat o situació administrativa d'estrangeria.
- Atenció als reptes assenyalats pel GREVIO en les seves recomanacions i informes relatius a Espanya sobre: avaluació (art.6 i 11), interseccionalitat (art.4.3), coordinació (art.7) i compliment efectiu de la diligència deguda (art.5).
- Especificitat de la política local d'igualtat, tenint en compte les seves competències i la seva centralitat en la vida de les víctimes; així com les diferències que existeixen respecte de la pluralitat territorial i política a Espanya, de grandària d'hàbitat, i el caràcter rural d'algunes entitats locals.

## II. DIAGNÒSTIC DE SITUACIÓ

## 3. Violència contra la capacitat i el dret a la reproducció

### 3.1. Caracterització i tipologies

Fa gairebé dues dècades, l'*Estudi a fons sobre totes les formes de violència contra la dona de les Nacions Unides* (2006) va concloure que **el control sobre la sexualitat i la capacitat de reproducció de les dones és un dels mitjans pel qual es mantenen la dominació masculina i la subordinació de les dones** a la nostra societat i a totes les cultures.

L'ONU va establir, en el primer estudi d'àmbit mundial d'aquest tipus, que a desigualtat de gènere entre homes i dones transcendeix qualsevol acció individual. La violència contra les dones (VCD) implica que qualsevol exercici de violència, «en virtut de les seves funcions punitiva i de control, també reforça les normes de gènere vigents», per la qual cosa tota violència contra les dones perpetua aquesta desigualtat (ONU, 2006: paràgrafs 72 i 73).

La violència contra la capacitat i el dret a la reproducció o violència reproductiva (d'ara endavant, **VR**) és una forma de violència contra les dones que es refereix a qualsevol forma d'**abús, coacció, discriminació, explotació o violència que posa en perill l'autonomia reproductiva d'una persona** (UNFPA, 2021; 2022).

A Espanya, l'EEMV 2022-2025 recull que, la violència contra les dones en l'àmbit reproductiu «es pot definir com tot acte basat en la discriminació per motius de gènere que atempta contra la integritat o l'autodeterminació de les dones en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, la seva lliure decisió sobre la maternitat, el seu espaïament i oportunitat, inclosos l'avortament i l'esterilització forçosos » (DGVG, 2022: 50).

**L'autonomia reproductiva** al·ludeix a la capacitat i exercici de l'anticoncepció, l'embaràs i el nombre de fills que es volen tenir i quan. Afecta directament a la capacitat de gaudir d'una **vida sexual satisfactòria i sense riscos**; la qual cosa és un àmbit indissociable dels **drets sexuals i reproductius** (d'ara endavant, **DSR**) de totes les persones i, per tant, de la salut sexual i reproductiva (d'ara endavant, **SSR**).

### 3.2. Formes de VR

A partir de les troballes de l'estudi, considerem que la VR pot caracteritzar-se entorn de la següent tipologia, que comprèn les **6 formes o tipologies fonamentals**<sup>15</sup>:

1. manca d'atenció a la salut sexual i reproductiva;
2. obstacles o prohibició a l'anticoncepció i interrupció voluntària de l'embaràs;
3. violència ginecològica i obstètrica en torn del part;
4. pràctiques nocives (matrimoni infantil, matrimoni forçós; mutilació genital femenina; inspecció de la virginitat);
5. gestació per substitució o gestació subrogada;
6. anticoncepció, avortament i/o esterilització forçosos per al control menstrual i/o l'impediment de l'exercici lliure de la maternitat

**La present investigació se centra exclusivament en les dues últimes tipologies.** No obstant això, per comprendre la dimensió i importància del conjunt de formes en què es manifesta la VR, s'expliquen breument les principals característiques, atès que existeix una interrelació entre els diferents tipologies de VR.

**-1-** La primera forma de VR fa referència a **la falta d'atenció a la salut sexual i reproductiva** de les persones.

Aquesta atenció ha de proveir-se des de la sanitat pública, de manera **universal i gratuïta**. Cal adreçar-se **a totes les persones** amb independència de la seva identitat i orientació sexual, i ha de procurar-se **al llarg de tota la vida**.

Fa referència, fonamentalment, a l'accés a serveis públics socio-sanitaris especialitzats, incloent els destinats a la menstruació i als trastorns relacionats amb la menstruació; informació i orientació sexual i de planificació familiar; atenció i prevenció a les infeccions de transmissió sexual; i l'accés a la reproducció assistida<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> La violència reproductiva és un àmbit d'investigació incipient des de les ciències socials, amb major trajectòria en l'àmbit sanitari i, per part, de les organitzacions de defensa dels DSR de les dones. Això suposa que, en funció del coneixement que es vagi generant en un futur, aquesta tipologia pot canviar i veure's ampliada. Per exemple, algunes de les expertes consultades consideren que algunes pràctiques comercials fomenten la donació d'òvuls i podrien considerar-se dins d'aquesta conceptualització de VR.

<sup>16</sup> Per tenir un panorama de la situació a Espanya, cal veure els treballs de: Federació de Planificació Familiar Estatal, et al. (2017). Deficiències i inequitat en els serveis de salut sexual i reproductiva a Espanya. Informe en línia (accés); i



-2- La segona tipologia, si bé pot considerar-se part de la primera, aglutina diverses formes específiques d'especial rellevància: d'una banda, **la prohibició i/o els obstacles per accedir a mètodes d'anticoncepció i d'interrupció voluntària de l'embaràs** (d'ara endavant, IVE); i, de l'altra, **l'embaràs forçós**.

L'embaràs forçós és una violació dels drets humans. El Fons de Població de les Nacions Unides (UNFPA) ha indicat de forma reiterada que totes les formes d'anticonceptius moderns tenen una taxa de fallada que fa que es produeixin embarassos no intencionals a qualsevol edat, per la qual cosa els sistemes de salut han de garantir l'avortament segur. A més, és una forma **en què es manifesten altres VCD**, com ara les pràctiques nocives, les violències sexuals i la violència en l'àmbit de la parella.

L'embaràs forçós és **especialment preocupant quan té lloc entre nenes i adolescents** ja que sol ser un indicador de violació i abusos sexuals. Segons indica el Fons de les Nacions Unides per a la Infància (UNICEF, per les seves sigles en anglès), «als riscos propis de l'embaràs en edats primerenques, se sumen els riscos derivats de l'impacte emocional de la violència, la culpabilització, el silenciament, la manca de contenció i de suport que es manifesta quan aquest abús no és detectat. L'embaràs és així una continuïtat de la situació d'abús en origen. Si no va poder ser explicat, o si va ser silenciament per l'entorn en el seu moment, l'embaràs també estarà envoltat d'ocultació i estigma» (UNICEF 2018:17).

Al nostre país, la dificultat d'**accés als mètodes d'anticoncepció i a la IVE** té diverses causes<sup>17</sup>. Existeix una alta variabilitat en la garantia d'aquests drets en els territoris que abasten les comunitats autònomes<sup>18</sup>. La Societat Espanyola de Contracepció (SEC, 2019), en un dels seus informes previs al canvi de legislació actual, assenyalava que, les principals causes són: les dificultats d'accessibilitat, finançament i formació tant de professionals com d'usuaris/àries.

La normativa actual que regula aquests drets, la Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifiquen la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la

---

el treball de l'Associació Dones per a la Salut (AMS). 2017). Informe Els serveis de ginecologia que desitgem les dones. Document en línia (accés).

<sup>17</sup> Per conèixer dades sobre la situació actual vegeu: L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2020). L'accés a l'avortament a l'Estat espanyol: principals barreres (accés); L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius. (2022) Violència institucional en el marc de Drets Sexuals i Reproductius. Eina de diagnosi de compliment de la diligència deguda (accés); Societat Espanyola de Contracepció (SEC) (2019). Informe de situació de l'anticoncepció, SSyRR, i IVE a Espanya. Document en línia (accés).

<sup>18</sup> L'organització territorial d'Espanya consta de tres nivells: l'Estat o organització central, les Comunitats Autònomes i les Entitats Locals. El territori està organitzat en 17 Comunitats Autònomes i les Ciutats Autònomes de Ceuta i Melilla. Per accedir a informació sobre el seu funcionament, vegeu el Ministeri de Política Territorial (accés).

interrupció voluntària de l'embaràs (juntament amb la Llei Orgànica 11/2015, de 21 de setembre, per reforçar la protecció de les menors i dones amb capacitat modificada judicialment en la interrupció voluntària de l'embaràs), és massa recent en la seva aplicació i no hi ha dades encara respecte del seu impacte en la situació espanyola.

En el Preàmbul II a la norma, es posa de manifest la **necessitat de millorar la protecció i la garantia dels drets relacionats amb la salut sexual i reproductiva** de manera integral. Respecte de les IVE, assenyalava que la majoria s'acaben produint en centres extrahospitalaris de caràcter privat (el 78,04 % l'any 2020), per la qual cosa «estem molt lluny que es pugui garantir» aquesta intervenció en centres públics.

Respecte dels impediments a la **IVE**, és important assenyalar que la normativa relativa als terminis d'avortament lliure (dins de les primeres 14 setmanes de gestació) ha estat declarada constitucional a Espanya. La sentència del Ple del Tribunal Constitucional del 9 de maig de 2023<sup>19</sup> així ho reflecteix i ha indicat «l'obligació de les administracions públiques d'assegurar la prestació de la interrupció voluntària de l'embaràs» com a part d'«aquest deure positiu de vetllar per l'efectivitat dels drets fonamentals». A més, subratlla la importància de la incorporació de la perspectiva de gènere a les polítiques sanitàries, educatives i socials per a la salut sexual i reproductiva.

**-3-** La tercera tipologia de VR és **la violència ginecoobstètrica o violència contra la dona en l'atenció al part**<sup>20</sup>, que compren el conjunt d'intervencions ginecològiques o obstètriques inadequades o innecessàries sobre les dones, en relació amb el part (cesàries, episiotomies o parts instrumentals injustificats).

En general, tendeix a definir-se com una violència contra la dona «consistent en una acció o omissió que atempta contra els drets de salut, reproductius i sexuals de la dona, i abasta els períodes de gestació, infantament, puerperi i cicles reproductius» (Guerrero-Sotelo, et al., 2019: 27). Des de la perspectiva crítica feminista es considera una «apropiació del cos i processos reproductius de les dones per personal sanitari, expressat en un tracte

---

<sup>19</sup> Vegeu la sentència del Ple del Tribunal Constitucional: Sentència 44/2023, de 9 de maig de 2023. Recurs d'inconstitucionalitat 4523-2010 (ECLI:ES:TC:2023:44), BOE Núm. 139, del 12 de juny de 2023, secció del Tribunal Constitucional (accés).

<sup>20</sup> Aquesta és la denominació utilitzada pel Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona de les Nacions Unides (CEDAW) en relació amb aquestes pràctiques. La Relatoria Especial sobre la violència contra la dona, les seves causes i conseqüències de les Nacions Unides (2019) indica que el terme encara no es recull explícitament en el dret internacional dels drets humans, tot i que també es fa servir «violència contra la dona durant l'atenció del part».

deshumanitzat, en un abús de medicalització i patologització dels processos naturals (...)» (Bellón-Sánchez, 2015:93).

L'any 2014 l'Organització Mundial de la Salut (d'ara endavant, OMS) ja va alertar sobre la seva **rellevància mundial**: «un nombre cada cop major de recerques sobre les experiències de les dones durant l'embaràs i, en particular, el part, plantegen un panorama alarmant». A més, l'OMS va indicar que «és més probable que les dones adolescents, les solteres, les de nivell socioeconòmic baix, les que pertanyen a una minoria ètnica, les immigrants i les que pateixen VIH, entre d'altres, sofreixin un tracte irrespectuós i ofensiu» (OMS, 2014: 1). Això implica tenir en compte que hi ha dones les circumstàncies de les quals les fan ser més vulnerables davant aquestes pràctiques.

Així mateix, la Relatoria Especial sobre la violència contra la dona, les seves causes i conseqüències de les Nacions Unides, en *l'Informe sobre un enfocament basat en els drets humans del maltractament i la violència contra la dona en els serveis de salut reproductiva, amb especial recalcament en l'atenció del part i la violència obstètrica* (2019), recull que «s'ha demostrat que aquesta forma de violència és un fenomen generalitzat i sistemàtic».

Per la seva banda, a Espanya, l'**Estratègia Estatal contra les Violències Masclistes** (EEVM) 2022-205 menciona aquesta pràctica i assenyala que no existeixen estadístiques oficials que permetin analitzar l'abast real d'aquest tipus de violència al nostre país. Espanya ha estat reprovada pel Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona de les Nacions Unides (d'ara endavant, CEDAW) en tres ocasions per aquest tipus de VR.

L'absència de dades nacionals, i la necessitat de pal·liar-la, ha estat evidenciada a Espanya pel Comitè (CEDAW/C/75/D/138/2018), que ha instat l'Estat —entre altres qüestions— a la realització d'estudis i a la implementació de mesures correctives (CEDAW/C/84/D/154/2020, Dictamen del Comitè del 7 de març de 2023).

Al llarg del territori nacional, diferents associacions de dones relacionades amb l'àmbit de la salut han denunciat aquestes pràctiques de VR, entre elles, l'associació El Part és Nostre i l'Observatori de Violència Obstètrica. És necessari indicar que la Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista de la Comunitat Autònoma de Catalunya<sup>21</sup> ha estat la primera norma europea a

---

<sup>21</sup> Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. publicada a: DOGC, núm. 5123, de 08/05/2008, i BOE, núm. 131, de 30/05/2008 (accés). Art. 4. d) Violència obstètrica i vulneració de drets sexuals i

reconèixer l'existència de la violència obstètrica com a violència de gènere. Des de l'any 2007, a Llatinoamèrica nombrosos països han legislat la seva pròpia normativa sobre VCD i sobre la violència obstètrica (vegeu Bellón Sánchez, 2015).

**-4-** La quarta forma de VR està relacionada amb les **pràctiques nocives** amb un especial impacte sobre la salut sexual i reproductiva de les nenes, adolescents i dones.

Algunes d'aquestes pràctiques són el matrimoni infantil, el matrimoni forçós, la mutilació genital femenina i les proves de virginitat. També són considerades com violència sexual, per la qual cosa solen trobar-se categoritzades d'aquesta manera<sup>22</sup>. A més, estan **profundament vinculades als crims en nom «de l'honor»** (vegeu capítol 10).

Els Estats tenen l'obligació d'**eliminar, prevenir i protegir** les dones d'aquestes pràctiques. Això es menciona de forma explícita en diversos tractats internacionals de drets humans, així com en la Convenció d'Istanbul, ratificada per Espanya el 2014. En aquesta línia, l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans (OHCHR, per les seves sigles en anglès) ha reiterat la importància que els Estats «elaborin i aprovin programes de conscienciació integrals per tal de qüestionar i canviar les actituds, tradicions i costums culturals i socials que són la causa subjacent de les formes de conducta que perpetuen les pràctiques nocives» (OHCHR, sf).

En relació amb les **proves de virginitat**, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha establert que es tracta d'una forma de discriminació de gènere i d'una pràctica acientífica, ineficaç i humiliant, que constitueix una violació dels drets humans de les dones. Donada la seva prevalença a Espanya i la seva relació amb els CHN, s'ha considerat d'interès aprofundir en les seves característiques.

---

reproductius: consisteix a impedir o dificultar l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. Pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones prendre decisions sobre les seves pràctiques i preferències sexuals, i sobre la seva reproducció i les condicions en què es duu a terme, d'acord amb els supòsits inclosos en la legislació sectorial aplicable. Inclou l'esterilització i l'embaràs forçosos, l'impediment d'avortament en els supòsits legalment establerts i la dificultat per accedir als mètodes anticonceptius, als mètodes de prevenció d'infeccions de transmissió sexual i del VIH, i als mètodes de reproducció assistida, així com les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona.

<sup>22</sup> En l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva es recull de fet d'aquesta forma: «La violència sexual abasta el sexe sota coacció de qualsevol tipus, inclòs l'ús de força física, les temptatives d'obtenir sexe sota coacció, l'agressió mitjançant òrgans sexuals, l'assetjament sexual inclosa la humiliació sexual, el matrimoni o cohabitació forçosos inclòs el matrimoni de menors, la prostitució forçosa i la comercialització i el tràfic d'infants i dones, els avortaments i embarassos forçosos, la denegació del dret a fer ús de l'anticoncepció o a adoptar mesures de protecció contra infeccions, i els actes de violència que afecten la integritat sexual de les dones, com ara la mutilació genital femenina i les inspeccions per comprovar la virginitat. Aquestes agressions tenen uns arrels profunds en les desigualtats de gènere i en les relacions de poder, sent alhora una de les manifestacions més punyents d'aquesta» (Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2011:53).

La inspecció de la vagina en cerca de l'himen<sup>23</sup> es basa en la creença que l'aspecte dels genitals femenins pot revelar si s'han tingut relacions sexuals (vaginals). Es realitza per persones clau de la comunitat o a través de professionals sanitaris als quals se'ls assigna un coneixement en la matèria.

Aquestes proves, que manquen de validesa científica, poden causar dolor, induir a cirurgies<sup>24</sup> doloroses i innecessàries, i tenen conseqüències socials perjudicials per a les nenes i dones en cas d'obtenir una interpretació negativa (no «ser verge»), per la qual cosa estan relacionades amb la violència o crims en nom «de l'honor».

L'any 2018 les **Nacions Unides van realitzar una crida mundial<sup>25</sup> perquè tots els governs prohibeixin aquesta pràctica i es treballi amb les comunitats on es realitza per a erradicar-la**. A Espanya aquesta prohibició està encara pendent de concretar-se, no es recull en la ENSSR, la EEVM, ni tampoc en la legislació vigent.

D'acord amb la ***Declaració per a Eliminar els Test de Virginitat*** (WHO, ONU Dones, OHCHR, 2018:7), la «virginitat no és un terme mèdic ni científic, sinó un concepte social, cultural i religiós que reflecteix la discriminació de gènere contra les dones i les nenes; (...) es basa en l'estereotip que la sexualitat femenina ha de reduir-se al matrimoni. Aquesta noció és perjudicial per a les dones i les nenes a nivell mundial»; i per tant «els governs, els professionals de la salut i les comunitats han d'actuar per a eliminar aquesta pràctica».

Així mateix, ha posat de manifest que, per a moltes dones, «té conseqüències negatives físiques, psicològiques i socials a curt i llarg termini, com ara ansietat, depressió i estrès posttraumàtic. En casos extrems, les dones o les nenes poden intentar suïcidar-se o ser assassinades en nom de l'honor» (WHO, ONU Dones, OHCHR, 2018:5).

-5- La quinta tipologia de VR és la relativa a **la gestació per substitució o gestació subrogada** (d'ara endavant, **GS**).

---

<sup>23</sup> L'himen és una membrana elàstica que tenen algunes dones, no totes neixen amb ella, i si la tenen, aquesta pot trencar-se de manera accidental o amb la pràctica de certs esports. No té relació amb la «virginitat» ni amb l'absència de relacions sexuals que, de fet, van més enllà de la penetració vaginal.

<sup>24</sup> Les intervencions quirúrgiques sota la denominació «reconstrucció de l'himen» (himenoplàstia), recreen una membrana per cobrir parcialment la vagina i tractar d'assegurar que es produeixi un sagnat en les proves futures de virginitat o en la primera relació sexual amb penetració vaginal en el matrimoni.

<sup>25</sup> Es tracta d'una crida multiagència: World Health Organization, UN Human Rights Office, UN Women, «Eliminating virginity testing – An interagency statement» (accés); (accés a la nota de premsa en castellà).

Aquesta forma de violència reproductiva fa referència al **conjunt de procediments** pels quals una dona acaba gestant un o diversos embrions (té un embaràs), fruit de la fecundació del seu propi òvul o la transferència d'embrions, i dona a llum a un o diversos infants per a una empresa, per a una altra persona o per a una parella.

Quant a la GS, aquests procediments **van més enllà de l'embaràs i el part**; abasten les pràctiques comercials de captació de clientes, la localització de la mare gestant (altruista o comercial), els acords o contractes entre les parts, els procediments mèdics i logístics necessaris previs per aconseguir la concepció i per preparar hormonalment la mare gestant, i també al llarg de l'embaràs o embarassos (inclosos avortaments espontanis i avortaments forçosos), tant en el part com en el postpart, així com el trasllat i registre dels i les menors nascuts, i la gestió de la situació de desemparament o cura d'aquelles criatures rebutjades per la part compradora. A Espanya **és una pràctica il·legal**. És una de les formes en les que aprofundeix aquest estudi (vegeu capítol 7).

-6- La sisena tipologia de VR abasta el control de la menstruació i l'impediment de l'exercici lliure de la maternitat mitjançant **l'esterilització forçosa, l'avortament forçós i/o anticoncepció forçosa** (AEAF).

Es tracta d'una VR que sofreixen **principalment les dones amb discapacitat i les dones amb malaltia mental**, encara que no exclusivament.

L'anticoncepció coercitiva i l'esterilització són pràctiques fortament associada a estereotips sobre la maternitat i la sexualitat concebuts sota nocions capacitistes i racistes, per la qual cosa es veuen afectades moltes més dones. D'una altra banda, l'avortament forçós pot produir-se sota les mateixes premisses, però també pot ser un indicador d'un fenomen més complex, com la selecció del sexe del bebè amb biaix de gènere, considerat una forma més de discriminació envers les dones i es materialitza en una manifestació de violència contra les mares i les nenes.

L'AEAF, a més, pot ser un **indicador de la presència d'altres violències**, fonamentalment de violència sexual i de violència en l'àmbit de la parella/exparella.

Encara que el present estudi se centra en les dues últimes tipologies, és important destacar que totes elles s'emmarquen en la violació dels **drets sexuals i reproductius**<sup>26</sup> (d'ara endavant, DSR) de les dones.

### 3.3. Drets sexuals i reproductius

Els DSR formen part de la noció integral de la salut humana i, per això, s'inclouen dins dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS) de l'Agenda 2030 de les Nacions Unides (2015). La seva protecció i promoció competeixen a totes les institucions.

UNFPA determina que una **bona salut sexual i reproductiva** és un estat general de benestar físic, mental i social en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu. Entranya la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria i sense riscos, així com una manera de procrear, a més d'implicar la llibertat a l'hora de decidir fer-ho o no, i quan i amb quina freqüència.

Els DSR estan recollits com **drets humans fonamentals** en els acords internacionals del *Programa d'Acció*<sup>27</sup> mundial de la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament celebrada al Caire el 1994 (CIPD)<sup>28</sup>, els compromisos de la qual van ser renovats durant la Cimera de Nairobi el 2019 (CIPD +25), i en la *Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing* aprovada durant la Conferència Mundial de les Dones de 1995, renovada en successives cimeres internacionals de seguiment de les Nacions Unides.

Els DSR tendeixen a ser referenciats de manera resumida en una **Carta de drets sexuals i reproductius**, com és el cas de la carta promoguda per la Federació Internacional de Planificació Familiar (FIPF), que conté els següents 10 articles<sup>29</sup>:

---

<sup>26</sup> Per a més informació sobre DSR, vegeu el treball d'UNFPA (accés). Pot accedir-se a una infografia de compilació dels DSR a través del seu web (accés).

<sup>27</sup> La CIPD «va demanar garantir que totes les persones tinguin accés a una atenció integral de la salut reproductiva, inclosa la planificació familiar voluntària, els embarassos segurs i els serveis de part, així com la prevenció i el tractament de les infeccions de transmissió sexual. També va reconèixer que la salut reproductiva i l'apoderament de la dona són interdependents, i ambdós són necessaris per al progrés social. El Programa d'Acció va afirmar que: «La participació plena i igualitària de la dona en la vida civil, cultural, econòmica, política i social, a nivell nacional, regional i internacional, i l'erradicació de totes les formes de discriminació per raó de sexe, són objectius prioritaris de la comunitat internacional» (Nacions Unides, s.f.). CIPD: accés al text de la conferència.

<sup>28</sup> El 1999 i 2014 es van celebrar dos períodes extraordinaris de sessions de l'Assemblea General de les Nacions Unides par avaluar l'aplicació de la CIPD de 1994 i adoptar mesures d'enfortiment.

<sup>29</sup> Els drets sexuals, específicament, han estat també recollits de manera més concreta en una carta ampliada; vegeu Federació Internacional de Planificació de la Família (IPPF), 2010.

1. Dret a la igualtat
2. Dret a l'autonomia sexual
3. Dret a la llibertat i integral corporal
4. Dret a decidir sobre les distintes opcions reproductives
5. Dret a la informació
6. Dret a l'educació sexual
7. Dret a l'atenció i protecció de la salut sexual i de la salut reproductiva
8. Dret a la privacitat i a la confidencialitat
9. Dret a optar pels diversos modes de convivència
10. Dret a la participació i llibertat d'opinió

Les **violacions de drets comeses en aquest àmbit** contra les dones van ser posades de rellevància fa gairebé dues dècades en l'informe final del Relator Especial sobre el dret de tota persona al gaudi al més alt nivell possible quant a salut física i mental (2006) de l'Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans (OHCHR)<sup>30</sup>. Aquesta denúncia està en línia amb el que ha dissenyat el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals (CESCR) i el Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona (CEDAW) (vegeu capítol 5).

En aquest sentit, l'OHCHR recorda que la salut sexual i reproductiva de les dones «està relacionada amb múltiples drets humans, com el dret a la vida, el dret a no ser torturada, el dret a la salut, el dret a la intimitat, el dret a l'educació i la prohibició de la discriminació. Això significa que els Estats tenen l'obligació de respectar, protegir i complir els drets relacionats amb la salut sexual i reproductiva de les dones» (2023).

Les violacions de l'autodeterminació reproductiva de les dones constitueixen **crims molt greus** d'acord amb el dret internacional humanitari. En aquest sentit, l'Estatut de Roma de la Cort Penal Internacional<sup>31</sup> (1998; en vigor des del 2002) defineix per primer cop en aquest marc la violació, l'esclavitud sexual, la prostitució forçosa, l'embaràs forçós, l'esterilització forçosa i altres formes de violència sexual com a crims contra la humanitat i crims de guerra. L'Estatut de Roma determina que aquests delictes es troben al mateix nivell que els crims internacionals més atroços, constitutius en molts casos de tortura i genocidi.

---

<sup>30</sup> Vegeu Assemblea General de les Nacions Unides, Nota del Secretari General (2006). El dret de tota persona al gaudi al més alt nivell possible quant a salut física i mental del 13 de setembre del 2006 A/61/338 (accés).

<sup>31</sup> Instrument de Ratificació de l'Estatut de Roma de la Cort Penal Internacional, fet a Roma el 17 de juliol de 1998. BOE núm. 126, de 27 de maig de 2002 (accés).



### 3.4. Vinculació de la VR amb altres violències

La violència reproductiva té **la seva pròpia especificitat**, no obstant això, és amb freqüència un **indicador d'altres VCD**; sobretot, de la presència de pràctiques nocives, violències sexuals i de la violència en les relacions de parella.

Les **pràctiques nocives** fan referència fonamentalment, com ja s'ha explicat en l'apartat anterior, al matrimoni infantil, el matrimoni forçós, la mutilació genital femenina i les proves de virginitat. La majoria d'aquestes pràctiques tendeixen a conceptualitzar-se com «violència sexual». Es farà referència a diverses d'elles amb major detall al capítol 10.

La **violència sexual**, per ser perpetrada, requereix amb freqüència l'exercici específic de la violència reproductiva, donat que els embarassos poden ser un indicador de violació i pot dificultar l'exercici continuat de l'abús sobre les nenes, adolescents i dones víctimes. D'aquesta forma, són víctimes de VR a conseqüència de l'anterior les víctimes de l'explotació sexual en qualsevol de les seves formes. Això fa referència a la situació de les dones en situació de prostitució, en la indústria de la pornografia i altres derivats comercials, i sobretot aquelles en situació de tracta, tant amb fins d'explotació sexual com d'explotació laboral<sup>32</sup>.

Dins de la **violència de gènere en l'àmbit de la parella/exparella**, la reproducció és una dimensió més d'abús juntament amb la física, la psicològica, la sexual i l'econòmica. En la reproducció, per tant, també es produeix un control per part del maltractador. Es realitza tant forçant l'ús de l'anticoncepció, l'avortament o l'esterilització per impedir futurs embarassos com tot el contrari, és a dir, impedit que la víctima accedeixi o faci servir mètodes de planificació familiar provocant embarassos forçosos. Malgrat que la violència en la parella/exparella ha estat la més estudiada, la dimensió reproductiva està poc explorada, per la qual cosa hi ha poques dades disponibles.

Tant la violència sexual com la física i la psicològica exercida per un home que és (o ha estat) parella d'una dona poden tenir **greus conseqüències en l'àmbit reproductiu**: provocar avortaments per la per i l'estrès o per les pròpies agressions; causar danys a la dona i al fetus; i pot produir embarassos fruit de les violacions.

Hi ha poques possibilitats d'explotació de la **Macroenquesta de Violència contra la Dona 2019** de la Delegació del Govern contra la Violència de Gènere (d'ara endavant, DGVG) en relació

---

<sup>32</sup> Vegeu l'estudi promogut per la FEMP (2023) sobre violències sexuals.

amb la VR; no obstant això, s'ha realitzat una explotació estadística respecte d'algunes de les conseqüències de la violència soferta, en concret, l'**avortament involuntari**, que pot veure's com una conseqüència anàloga a l'avortament forçós. Els resultats obtinguts s'expliquen a continuació<sup>33</sup>.

En la **Macroenquesta 2019 l'avortament involuntari** apareix com una possible conseqüència de la violència sexual exercida per les parelles actuals o passades de les dones, així com per altres persones distintes de la parella.

Segons dades de l'any 2019, els avortaments involuntaris a causa de la parella actual són pràcticament inexistents entre les dones que responen l'enquesta (4 casos). Això no significa que aquest tipus de violència no existeixi, sinó que és molt probable que, si succeeix, la parella actual s'hagi convertit en una parella del passat i, per tant, no es comptabilitzi en aquesta categoria. L'anterior és secundat per la troballa que els avortaments involuntaris són una mica més freqüents (passen a n=53) quan es pregunta si van ser causats per parelles passades.

A causa del nombre de casos, no es poden apreciar diferències significatives per edat o país de naixement de les dones que han sofert un avortament involuntari per violència de gènere. No obstant això, la proporció de casos entre altres nacionalitats diferents a l'espanyola sembla major, igual que els casos entre persones entre els 30 i els 49 anys. Aquestes conjectures han de prendre's com meres hipòtesis a explorar en futures edicions.

La gran majoria dels casos trobats no són recents, ja que el 79 % (41 casos d'un total de 52) ha succeït fa més de 4 anys. Això sembla reforçar la idea que les dones que han sofert un avortament involuntari per violència de la seva parella ja no estan amb la persona agressora.

---

<sup>33</sup> Per a persones diferents a la parella actual o exparella, agressors homes, de violència sexual, es va filtrar per les conductes que poden tenir com a conseqüència un embaràs no desitjat. Així, considerant altres tipus de violència sexual fora de la parella, s'han analitzat les respostes a la pregunta M3P2 i als ítems:

- Ha estat obligada a mantenir relacions sexuals amenaçant-la, subjectant-la o fent-la mal d'alguna manera. Per relacions sexuals entenem penetració vaginal o anal amb penis o objectes, o sexe oral.
- Ha estat obligada a mantenir relacions sexuals quan era incapaç de rebutjar-les pel fet d'estar sota els efectes de l'alcohol o de les drogues.
- Ha mantingut relacions sexuals sense desitjar-ho per IPC a la reacció d'aquesta persona en cas de negativa.
- Ha estat obligada a mantenir relacions sexuals sense voler-ho.
- Ha estat obligada a realitzar alguna altra pràctica de tipus sexual no mencionada encara.

Pel que fa a l'accés a serveis sanitaris per episodis de violència física o sexual viscuts amb parelles passades en casos d'avortaments involuntaris, hem trobat la següent situació:

- 19 de les enquestades (35,85 % del total) van haver de pertànyer a l'hospital,
- el mateix número (35,85 % del total) van rebre atenció mèdica per part dels serveis mèdics, com consultes mèdiques o infermeria, però no van necessitar hospitalització.
- 7 persones (13,21 % del total) diuen no haver necessitat atenció sanitària,
- 6 persones (11,32 % del total) van considerar que sí haurien d'haver-la rebut, però no ho van fer.

Les dades d'avortaments involuntaris causats per altres persones alienes a la parella mostren també pocs casos. En concret, es van registrar 10 casos, la qual cosa impedeix realitzar una anàlisi més detallada per edat o país de naixement.

Basant-nos en les dades recopilades, el nombre total d'avortaments involuntaris reportats és de 67. D'aquests, 4 casos (aproximadament el 5,97 %) corresponen a avortaments involuntaris relacionats amb parelles del passat. D'altra banda, 53 casos (aproximadament el 79,10 %) estan vinculats a la parella actual, mentre que els 10 restants provenen de fora de l'àmbit de la parella.

En total, 222 dones de les 9568 de les que han estat preguntades per violència sexual, declaren que han sofert alguna agressió que podria implicar un embaràs no desitjat. Això constitueix un 2,3 %. De nou, no s'aprecien diferències significatives per edat o país de naixement. La mostra és escassa.

Preguntades sobre si aquests incidents de tipus sexual van tenir lloc abans o després que la dona complís els 15 anys, el 35 % (78 casos d'un total de 222) assenyala que van ocórrer abans i el 18 % (40 casos d'un total de 222) que van tenir lloc tant abans com després de complir els 15 anys. En total, un 53,1 % (118 casos d'un total de 222) de les dones que van sofrir alguna d'aquestes violències sexuals declara que es van produir abans de complir els 15 anys.

Seria interessant que en  **futures edicions de la Macroenquesta es puguin incloure qüestions sobre VR**  i la relació de les violències sexuals i de parella amb l'àmbit de la salut sexual i reproductiva de les víctimes.

En general, segons l'últim informe disponible de **la Macroenquesta de Violència contra la Dona** (2019) el panorama sobre l'ús de l'atenció sanitària és preocupant. El 80,6 % de les dones que han sofert violència física o sexual per part de la seva parella actual i el 60,3 % de les que van sofrir aquesta violència per part d'alguna parella passada, manifesta que **no van recórrer a serveis sanitaris**, la qual cosa contribueix a l'absència d'un registre. Si bé, «això no pot interpretar-se com una manca de severitat en la violència soferta i les seves conseqüències ja que, la major part de les relacions sexuals forçoses no produeixen lesions físiques» (DGVG, 2019).

## 4. AEAF: Avortament forçós, esterilització forçosa, anticoncepció forçosa

### 4.1. Perspectiva de partida

L'avortament, l'esterilització i l'anticoncepció no voluntaris, coercitius o forçosos (AEAF) són formes de violència que representen una **vulneració dels DSR** de les dones i una **pràctica de sotmetiment i anul·lació de la voluntat que transcendeix el dret a la maternitat**.

En l'Informe de la Relatora Especial sobre la violència contra la dona, les seves causes i conseqüències de les NNUU, *Enfocament basat en els drets humans del maltractament i la violència contra la dona en els serveis de salut reproductiva, amb especial focus en l'atenció al part i la violència obstètrica* (OHCHR, 2019) s'assenyala que l'esterilització i l'avortament forçosos són tractaments mèdics que **es practiquen arreu del món sense consentiment informat**.

L'Informe de la Relatora indica que són **practicats per professionals de la salut per diversos motius**, com, per exemple, fent al·lusió al **benefici del denominat interès superior** de la dona o basant-se en la creença que uns certs col·lectius de dones pertanyents a grups minoritaris, com les dones gitanes/romanís, les dones indígenes, les dones amb discapacitat o les dones que viuen amb el VIH, **no són «dignes» de procrear, ja que són incapaces de prendre decisions responsables sobre l'anticoncepció i no es troben en condicions de ser «bones mares» o no és aconsellable que tinguin descendència** (OHCHR, 2019).

L'ús d'**anticonceptius de forma coercitiva** es produeix pels mateixos motius i té seqüeles similars (Mertus i Heller, 1992; Sparrow, 2011; Benson, 2014). Si bé l'accés a mètodes de planificació familiar ha d'estar garantit per les polítiques de salut pública, també ha de prevenir-se el seu ús com a eina de control del cos de les dones. Per tant, no es pot «ignorar el context històric de les pràctiques coercitives relacionades amb l'anticoncepció, especialment les dirigides a grups desfavorits».

Aquestes pràctiques **abasten tot un espectre, des de casos extrems, manifestos i intencionats d'esterilització involuntària fins a intents més subtils d'influir en la presa de**

**decisions** de les dones en matèria d'anticoncepció mitjançant incentius econòmics o l'adopció d'altres mesures per fomentar indegudament l'elecció d'un mètode específic» (Benson, 2014)<sup>34</sup>.

Aquestes *intervencions mèdiques* han estat analitzades pel Comitè per a la Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona (CEDAW) i els tribunals internacionals regionals de drets humans i han estat qualificades com a **formes de violència de gènere contra les dones** que poden causar danys físics i psicològics i que, fins i tot, poden constituir tortura o tractament cruel, inhumà o degradant.

Les investigacions en la matèria assenyalen que l'**AEAF es produeix arreu del món**, incloent l'àmbit nord-americà (Stern, 2005; Murray, et al., 2019; Kluchin, 2017; Volscho, 2010) i el de la Unió Europea (Patel, 2017; Stejskalová i Szilvasi, 2016; Albert i Szilvasi, 2017). Als països de l'entorn occidental, encara que no formin part de programes públics massius, l'esterilització forçosa **segueix aplicant-se sobre dones vulnerables** (dones amb discapacitat principalment); sobretot, mitjançant la coerció i manca d'informació i, per tant, sense el degut consentiment per part de les dones.

L'AEAF pot produir-se per **falta d'informació o de consentiment informat** o mitjançant l'exercici d'**amenaces o la coerció, la violència psicològica o les agressions físiques**.

**Gairebé no existeixen dades sobre la situació a Espanya** de l'AEAF, ja que encara no s'ha consolidat en objecte d'investigació. De fet, és una temàtica que no ha comptat amb el reconeixement social que mereix i no té suficient visibilitat. En aquest sentit, cal destacar l'existència de projectes d'investigació internacionals<sup>35</sup> que permetin considerar línies futures d'investigació.

No obstant això, sí cal assenyalar que en els últims anys s'han desenvolupat investigacions de gran interès sobre la violació dels DSR de les **dones amb discapacitat, els resultats de les quals ens permeten obtenir aprenentatges per a totes les nenes i dones**.

---

<sup>34</sup> Traducció pròpia de l'original en anglès. L'autora es refereix fonamentalment als Estats Units d'Amèrica (EUA), i sobretot al fenomen de l'anticonceptiu per implant subdèrmic Northplant i altres marques similars, encara que va tenir un impacte global perquè es va produir en múltiples països.

<sup>35</sup> El Laboratori d'Esterilització i Justícia Social (*Sterilization and Social Justice Lab*) als EUA és un exemple d'això. Ha recuperat la història de l'esterilització eugenèsica i denuncia les seves conseqüències i pràctiques vigents.

És important assenyalar que els **perpetradors** de l'AEAF són, amb freqüència, els homes que són parella de les víctimes i, per tant, està associada a la violència de gènere a l'entorn de la parella. No obstant això, en altres casos, com succeeix amb les dones amb discapacitat, també ho són els familiars i institucions d'atenció. Així mateix, per a l'execució d'aquestes pràctiques (sobretot en el cas de les esterilitzacions) cal tenir en compte que es requereix de la participació directa dels serveis mèdics i, per tant, involucra a professionals sanitaris. En el cas de dones que presenten altres vulnerabilitats, els agressors poden ser figures més àmplies.

## 4.2. Avortament forçós

### 4.2.1. Aproximació al problema

L'**avortament forçós** s'empra per realitzar la interrupció no desitjada d'un embaràs a través del consum de fàrmacs específics o d'un procediment mèdic, depenent de la setmana de gestació. És a dir, l'avortament pot ser farmacològic o quirúrgic.

En la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, l'avortament forçós es defineix com una «Forma de violència contra les dones en l'àmbit reproductiu que consisteix en la pràctica d'un avortament a una dona sense el seu consentiment previ i informat, a excepció dels casos recollits a l'article 9.2.b) de la Llei 41/2002, de 14 novembre».

**Qualsevol dona** que sigui víctima de violència per part de la seva parella/exparella pot estar subjecta a un avortament coercitiu, així com aquelles que es troben en situació de prostitució i tracta (tant per a formes d'explotació sexual com laboral, i les víctimes de violència sexual en general. També ho poden ser les dones en situació de vulnerabilitat, com ara les dones amb discapacitat, malaltia mental, en presó, amb VIH i les adolescents embarassades.

A més, es troben en risc les dones amb orígens culturals on persisteix la preferència del sexe masculí i prevalen les **pràctiques de selecció del sexe a través de l'avortament selectiu**. Aquesta qüestió serà tractada en pàgines posteriors, donada la situació d'especial invisibilitat d'aquest problema a Espanya.

Amb independència de la causa que interromp l'embaràs de forma coercitiva, és important considerar que els avortaments forçosos poden **produir-se tant en entorns sanitaris segurs com insegurs**.

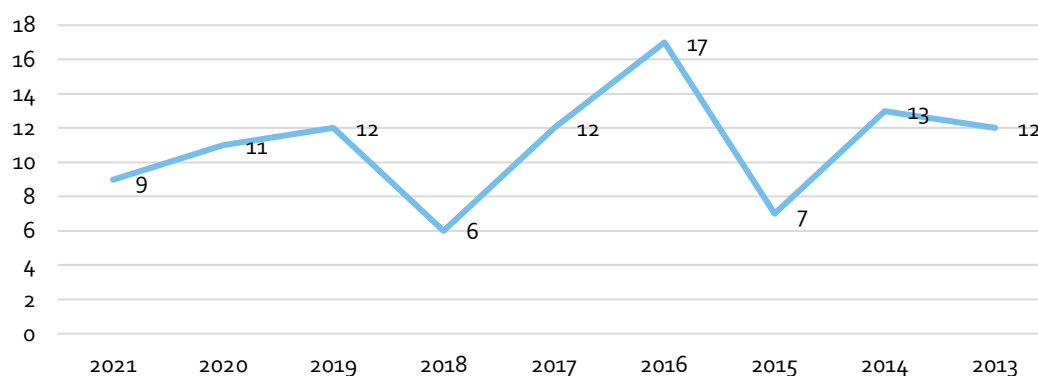
**L'avortament insegur** succeeix quan l'embaràs és interromput per persones que manquen de les habilitats necessàries, o en un entorn que no compleix els estàndards mèdics mínims, o tots dos (OMS, 2021).

D'acord amb dades de l'OMS «cada any, entre el 4,7 % i el 13,2 % de les morts maternes es deuen a un avortament perillós. Es calcula que, a les regions desenvolupades, per cada 100.000 avortaments perillosos es produeixen 30 defuncions» (2021). D'acord amb les estimacions realitzades el 2012, als països en desenvolupament s'atén de manera hospitalària 7 milions de dones per tractar les complicacions causades per un avortament perillós (OMS, 2021). Es desconeix l'abast de les dades d'avortaments forçosos en comparació amb les interrupcions voluntàries en entorns insegurs.

Les dades disponibles que ens acosten a la prevalença del problema són molt insuficients. Les estadístiques sobre interrupcions de l'embaràs es fonamenten en la voluntarietat de l'acte (IVE) i les estadístiques judicials són poc específiques. La resta d'enquestes en matèria de fecunditat, salut o violència, no recullen la VR.

Les dades relatives al **delicte d'avortament forçós** procedeixen del Ministeri de Justícia (Registre Central de Penats). No estan desagregats per sexe i mostren un escàs registre del fenomen (vegeu gràfic inferior).

Gràfic 1. Estadística de condemnats per avortament 2013-2021. Unitats: infraccions



Elaboració pròpia. Font: Explotació de l'INE del Registre Central de Penats (Ministeri de Justícia)

En general, les **condemnes per avortament** arriben a un nombre poc significatiu i no és possible aprofundir en el fenomen. L'any 2021, només va haver-hi 1 pena de presó (vegeu taula següent).



Taula 2. Avortament (delicte): penes de presó segons durada de la pena (2012-2021). Unitats: penes

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
De 0 a 2 anys	1	4	1	3	7	3	0	4	4
De més de 2 a 5 anys	0	0	3	0	1	0	0	0	0
Més de 5 anys	0	2	1	1	1	2	3	1	2

Font: INE, 2023 (a partir del Registre Central de Penats del Ministeri de Justícia)

Quant a les interrupcions de l'embaràs, els **motius per a les IVE són diversos**, en alguns casos molt complexos. A Espanya, s'emmarquen dins del dret a la interrupció lliure de l'embaràs en un sistema de terminis.

En l'actualitat resulta impossible conèixer si es produeixen per causa de la VR (per una selecció esbiaixada del sexe, per altra causa de coerció en un context de violència masclista); en qualsevol cas, **la prohibició de l'avortament es considera ineficaç i contraproductiu**.

El Sistema Nacional de Salut preveu un procediment d'informació a les dones embarassades per a una presa de decisions informada, però **no hi ha un protocol específic de detecció de violència reproductiva** (el protocol de violència de gènere -en l'àmbit de la parella/exparella- s'aplica en funció de la sensibilització i formació del professional sanitari).

**Les dades sobre IVE** realitzades a Espanya són supervisades per la Direcció General de Salut Pública del Ministeri de Sanitat. Es duu a terme través d'un sistema de vigilància epidemiològica pel qual es registra cada IVE que es practica, mitjançant la notificació del personal mèdic responsable de l'autoritat sanitària de la comunitat autònoma on es realitza la intervenció, qui al seu torn introdueix les dades a l'aplicació corresponent<sup>36</sup>. La informació referida a l'embarassada, com ara la del centre on es realitza l'avortament, és considerada confidencial i la seva explotació estadística és limitada.

A Espanya, les IVE es produeixen fonamentalment **en centres privats**. **Les motivacions** registrades es mantenen constants al llarg del temps (2012-2021) i són (per a l'últim any disponible, 2021) les següents: a petició de la dona 90,98 %, greu risc per a la vida o la salut de l'embarassada 5,58 %, risc de greus anomalies en el fetus 3,12 %, anomalies fetals

<sup>36</sup> Vegeu el procediment en detall en la metodologia de les dades estadístiques del Ministeri de Sanitat relatives a promoció i prevenció (accés).

incompatibles amb la vida o malaltia extremadament greu i incurable 0,29 % i diversos motius 0,03 %. Les IVE es produeixen al llarg de la vida fèrtil de les dones, si bé es produeixen principalment entre els 20 i 34 anys, on es concentra el 62,8 % (Ministeri de Sanitat, 2021).

L'any 2021, el 67,15 % de les IVE realitzades van ser dones amb **nacionalitat espanyola**. El 74,15 %, tenia una nacionalitat europea (inclosa l'espanyola). Les dades sobre IVE realitzades a la resta de dones residents indiquen que el 5,03 % procedien de l'Àfrica, el 18,4 % d'Amèrica Central, el Carib o Sud-Amèrica, i el 2 % d'un país asiàtic.

Segons dades de l'anuari del Ministeri de Sanitat (2021), el **72,4 % de les IVE es van realitzar amb 8 setmanes o menys de gestació** i en centres sanitaris privats de l'àmbit extrahospitalari (gairebé 8 de cada 10). Aquestes IVE difícilment poden estar relacionades amb l'avortament selectiu com a pràctica de selecció del sexe, ja que no és factible conèixer el sexe del fetus. Més del 89 % de les IVE farmacològiques notificades el 2020 es van practicar durant les primeres 8 setmanes de gestació; i d'aquests, el 70,62 % en centres sanitaris extrahospitalaris (Direcció General de Salut Pública, 2022).

Generalment, els **test de cribatge múltiple** (anàlisis de sang de la dona gestant combinats amb ecografia), que permeten conèixer el sexe del fetus, es realitzen a partir de la desena setmana de gestació. Solen emmarcar-se, per tant, **al final del primer trimestre de l'embaràs i inici del segon**. Per això, per procedir a un avortament selectiu seria més adequat, en tot cas, parlar de possibles avortaments produïts entre les nou i les catorze setmanes de gestació (o més). A Espanya, aquests representen el 22,4 % de les IVE realitzades (any 2021). El 5,1 % de les IVE es realitzen amb 15 i més setmanes.

**No hi ha cap relació entre el mètode d'interrupció de l'embaràs i l'avortament selectiu o forçós**. A tot Espanya, el 62,3 % de les IVE es van produir a través d'una intervenció quirúrgica; el 36,9 % farmacològica; i de la resta (0,8 %) no es té cap informació o es va emprar un altre mètode (DG de Salut Pública, 2022).

#### 4.2.2. Avortament selectiu com a pràctica de selecció del sexe

Les pràctiques culturals nocives que imposen la preferència del naixement de nens sobre nenes promouen la realització d'avortaments **coercitius** quan en l'anàlisi prenatal del sexe (per ecografia o altres proves de cribatge prenatal) detecta que es tracta d'un fetus «femení» (cromosomes XX al parell 23).

Si bé en el context del present diagnòstic es considera una pràctica dins de l'avortament forçós, en realitat la selecció del sexe pot tenir lloc abans de l'embaràs (amb classificació d'espermatozoides per a la fertilització in vitro), o després del naixement (infanticidi o negligència infantil). Això últim s'evidencia per l'excés de mortalitat entre les nenes i/o per l'abandó persistent de nenes.

El Parlament Europeu, en la seva Resolució sobre el Genericidi (2016) considera aquesta pràctica com un **delicte i violació dels drets humans** que contribueix a la violència contra les dones i pot emmarcar-se dins del Conveni d'Istanbul.

#### 4.2.2.1. Descripció del fenomen

UNFPA (2020) estima que al voltant de 140 milions de dones estan «desaparegudes» arreu del món, com a resultat de la preferència pels fills homes. Els naixements de dones que no es produeixen pugen fins a **1,2 milions anuals** a tot el planeta.

Segons dades del Banc Mundial (Anukriti et al., 2021) la xifra anual d'avortaments selectius per sexe va augmentar de gairebé zero a finals de la dècada de 1970 fins a 1,6 milions l'any entre 2005 i 2010 arreu del món (citat a Bongaarts i Guilmoto 2015). Encara que a l'Índia i a la Xina esdevenen la major part dels avortaments selectius per sexe, s'han documentat proporcions esbiaixades de sexes en néixer en un ampli ventall de països, incloses poblacions asiàtiques als Estats Units, el Canadà, el Regne Unit, Grècia i **Espanya**.

Les dades sobre l'**índex de masculinitat en néixer** permeten fer una aproximació quantitativa al problema <sup>37</sup>.

Com a constant poblacional es genera una proporció aproximada de nascuts/assignats «nens» d'entre 102 i 106 bebès per cada 100 bebès nascudes/assignades «nenes». Per tant, quan hi ha una marcada asimetria, es considera un senyal que es podria estar produint una selecció de sexe. Alguns dels països i territoris que presenten desequilibris d'aquest tipus són (UNFPA, 2020; per a dades de l'any 2017):

- Xina 114,3
- Índia 109,8
- Nepal 107,3
- Armènia 111,7
- Azerbaidjan 113,4
- Geòrgia 106,5

---

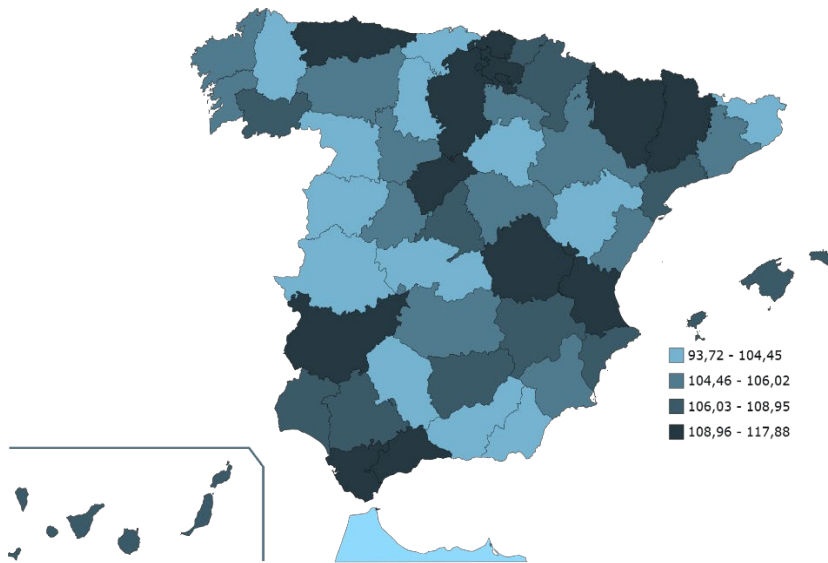
<sup>37</sup> També la mort primerenca de nenes en la primera infància és un indicador que se sol emprar.

- República de Corea 105,6
- Singapur 106,5
- Vietnam 112,2
- Albània 108,3
- Montenegro 107,2

A Espanya no existeixen dades en aquest sentit. Potencialment, a causa de la persistència d'aquesta pràctica nociva en alguns països, **podria estar afectant dones descendents o procedents d'algunes comunitats de diàspores** que mantinguin aquests valors; tal com succeeix en altres països d'Europa i a l'Amèrica del Nord (UNFPA, 2020).

Al nostre país, **la ràtio de masculinitat en néixer** (vegeu gràfica següent) mostra, per al total nacional l'any 2021, un percentatge de 106,7 nens nascuts/assignats per cada 100 nenes (INE, 2023). És a dir, una dada que se situa dins de la normalitat poblacional. No obstant això, hi ha províncies molt asimètriques.

Il·lustració 3. Ràtio de masculinitat en néixer per província (any 2021). Unitats: nombre d'homes per cada 100 dones (%)



Font: Institut Nacional d'Estadística, 2023

Quant a les províncies que superen aquesta referència a nivell nacional, es tracta de les deu següents:

- Ceuta 117,88
- Conca 114,52
- Badajoz 110,88
- Astúries 109,23
- Osca 109,18
- Biscaia 109,06

- València 110,42
- Burgos 110,02
- Cadis 109,95
- Segòvia 109,31
- Málaga 109,29
- Àlaba/Araba 109,28
- Lleida 109,24
- Huelva 108,95
- Balears, Illes 108,50
- Santa Cruz de Tenerife 108,36
- Albacete 108,05
- Sevilla 107,49
- Madrid 107,41
- Alacant 107,05

En una anàlisi sobre el nostre país, comparat amb el que prèviament van realitzar amb Itàlia, investigadors de la Universitat de Mòdena -Braglia i Nicolini- (2018), van observar l'evolució de l'índex de masculinitat en néixer i la seva possible relació amb l'infanticidi selectiu. Davant la **manca d'una explicació contundent sobre l'increment observat** els últims anys, tots dos autors consideren que els progressos recents en la determinació del sexe del fetus poden **estar relacionats amb avortaments selectius de fetus femenins**, però també avancen altres hipòtesis explicatives:

- El sexe del bebè podria seleccionar-se en el moment de la concepció, per exemple, per mitjà de la selecció del sexe en la fertilització in vitro. No obstant això, aquests mètodes no són legals a Espanya per motius no mèdics.
- Hi ha hagut un avortament voluntari selectiu, una vegada s'ha pogut determinar el sexe del bebè.
- Si les mares embarassades de nenes es cuiden menys, aquestes nenes podrien sofrir morts fetals tardanes amb més freqüència.
- Malgrat néixer un nombre semblant de nens i nenes, les nenes tindrien una probabilitat més alta de no ser registrades oficialment, o fins i tot de ser registrades com a nens.
- Les famílies migrants embarassades de nenes tindrien una probabilitat més alta de sortir d'Espanya abans del part, per exemple, tornant al seu país d'origen.

Sigui quina sigui la manera de manipular l'equilibri esperat, el que sí s'accepta és que la selecció prenatal del sexe **és una manifestació més de la baixa posició que ocupen les dones i nenes dins de la societat.**

#### 4.2.2.2. Causes i conseqüències

L'avortament selectiu per sexe és una forma de VR que succeeix en els contextos on l'estructura social de gènere assigna a la població masculina una **posició social de major valor en**

**detriment de les nenes**, que són considerades una càrrega o, fins i tot, un infortuni. Tal com assenyalava l'*Informe sobre l'Estat de la Població Mundial 2020*, «Potser la consideren una nosa, un llast, un obstacle que arruïna l'avenir de la família» (UNFPA, 2020: 42)<sup>38</sup>. Esdevé fonamentalment en societats patrilineals i patrilocal on les nenes i dones depenen dels homes.

En aquest context, les **dones estan coaccionades a l'avortament**, ja que el fet de no poder proveir d'un home a la família del seu marit pot menyscar el seu estatus social, polític i econòmic (tant de la família com el seu propi). Això pot implicar l'exclusió, marginació, divorci o repudi del grup familiar (tant del marit com de l'origen), així com enfrontar la violència física en cas de negar-se a l'avortament. Per aquestes raons de la per i la coerció social, l'avortament pot ser ideat o buscat per la pròpia gestant.

**La preferència pels fills mascles** no implica necessàriament la selecció del sexe amb biaix de gènere. Aquesta preferència no és una violació dels drets humans, «no obstant això, (...) està envoltada d'un entramat de relacions socials que reflecteixen, generen i reproduïxen estereotips de gènere. El que sí constitueix una vulneració dels drets humans és que es perpetuïn els estereotips, en especial els que dictaminen que el fet masculí és superior al fet femení i que redunden en la subordinació de les dones als homes i de les nenes als nens» (UNFPA, 2020: 45).

Tal com expliquen les investigacions en aquest sentit, aquesta preferència **és comuna en països** de l'Àsia Oriental, l'Àsia Meridional, l'Orient Mitjà i el nord d'Àfrica. «Es prefereixen els fills homes perquè tenen una major capacitat assalariada (sobretot en les economies agràries) i perquè continuen la línia familiar i solen assumir la responsabilitat de cuidar dels pares en cas de malaltia i vellesa. També hi ha raons locals específiques per preferir els fills homes: a l'Índia, la despesa del dot; i a Corea del Sud i la Xina, els arrelats valors confucians i els sistemes familiars patriarcal» (Hesketh i Xing, 2011:1374)<sup>39</sup>. La negació a les dones del dret a l'herència i a la propietat del terra és determinant en la preferència pels homes.

En alguns casos, pot influir el nombre previ de fills i el sexe d'aquests. D'aquesta manera, pot ser que les parelles no seleccionin el sexe del primer bebè, «després poden recórrer a avortaments selectius en funció del sexe del fetus si van tenir primer una nena»

---

<sup>38</sup> L'informe posa de rellevància que «És possible que mori com a conseqüència d'aquest abandó o actes més deliberats, fet que equival a la selecció post-natal del sexe» (UNFPA, 2020:42). Així mateix, s'evidencia que «la taxa de mortalitat de les nenes és superior a la dels nens, la qual cosa sembla indicar que l'atenció que reben es veu influenciada per la discriminació» (Ibid., pàg. 45).

<sup>39</sup> Traducció pròpia de l'original en anglès.

(UNFPA, 2020: 52). També resulten determinants les polítiques que limiten el nombre de fills i la grandària (més petit) de la família. Des d'UNFPA s'informa que actualment «prop d'una quarta part dels progenitors amb dues filles pot recórrer a la selecció del sexe amb biaix de gènere per no tenir una tercera nena »<sup>40</sup>.

**Les conseqüències socials d'aquesta asimetria poblacional són nombroses i greus** (Hesketh i Xing, 2006; Das Gupta, et al., 2003; UNFPA, 2020); entre elles, incentiva la prostitució i la tracta de dones dirigida a l'explotació sexual i als matrimonis forçosos, i incrementa els matrimonis infantils de nenes (Tucker, et al., 2005; Dandona, et al., 2006; UNDOC, 2020).

**Des del Consell d'Europa també es denuncia** que aquest fenomen té conseqüències nocives, inclosos els desequilibris demogràfics, un augment de la criminalitat i el malestar social i un major risc de violacions dels drets humans, com ara la tracta amb fins matrimonials o l'explotació sexual (Assemblea Parlamentària del CE, 2010).

En alguns països, s'ha il·legalitzat la selecció del sexe i, en menor mesura, s'ha abordat el problema subjacent de la preferència patriarcal pels fills homes. A la Xina, l'Índia i Corea del Sud existeixen lleis que **prohibeixen la determinació del sexe fetal i l'avortament selectiu**, encara que amb una fermesa molt desigual (Hesketh i Xing, 2011). De la mateixa manera, en altres zones com la República de Corea o el Vietnam, s'ha prohibit revelar el sexe del fetus abans del naixement als centres públics. També s'ha treballat en **conscienciar la població** a través de campanyes sobre la igualtat de gènere i els avantatges de tenir filles, encara que el canvi cultural és lent i les polítiques públiques requeririen intensificar-se.

Encara que puguin existir lleis que prohibeixin l'avortament com a mesura de selecció del sexe, en molts casos aquestes mesures poden eludir-se amb procediments clandestins, la qual cosa posa en risc novament la salut de les dones. En definitiva, la preferència per un fill de sexe masculí **afecta la vida sexual i reproductiva de les dones**, i té repercussions en la seva salut i supervivència.

En general, el que influeix principalment per al canvi de valors i comportaments de la població és la **millora de l'estatus legal i social de les dones**.

---

<sup>40</sup> Informació consultada el 04/07/2023 al web d'UNFA: SWOP Report 2020 | Fons de Població de les Nacions Unides (unfpa.org) a partir de l'informe «Estat de la Població Mundial 2020. Contra la meua voluntat. Desafiar les pràctiques que perjudiquen les dones i nenes i impedeixen la igualtat» (UNFPA, 2020)

Globalment, les lleis i polítiques dirigides a posar fi als avortaments en funció del sexe del fetus no han resultat eficaces. En el cas de la prohibició de l'avortament, «Les prohibicions en aquest sentit resulten sovint ineficaces i també vulneren els drets reproductius com, per exemple, l'accés a un avortament sense riscos» (UNFPA, 2020: 60). Per això, les Nacions Unides assenyalen que la solució probablement resideixi en «canvis en les normes socials» (2020:57).

En la Declaració interagencial de Nacions Unides (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Dones i OMS) de l'any 2011, *Prevenió de la selecció de sexe amb biaix de gènere*, es considera que «han de buscar-se en enfocaments allunyats de la reprovació i la coacció, que fomentin canvis de conducta positius i ajudin les dones i nenes sense posar en perill els seus drets reproductius» (UNFPA, 2020:62).

### 4.3. Esterilització forçosa o coercitiva

L'**esterilització forçosa** requereix una intervenció quirúrgica (han de buscar-se en enfocaments allunyats de la reprovació i la coacció, que fomentin canvis de conducta positius i ajudin les dones i les nenes sense posar en perill els seus drets reproductius

La definició que apareix en la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs és la següent: «Forma de violència contra les dones en l'àmbit reproductiu que consisteix en la pràctica d'una intervenció quirúrgica que tingui per objecte o per resultat posar fi a la capacitat d'una dona de reproduir-se de manera natural sense el seu consentiment previ i informat o sense la plena comprensió del procediment per part seva».

La seva pràctica afecta, sobretot a dones amb discapacitat i dones amb malalties mentals. Té, per tant, una **relació directa amb creences eugenèsiques i l'existència de conductes i actituds discriminatòries, capacitistes i racistes**.

La primera vegada que aquesta pràctica massiva va ser considerada de manera pública va ser en el procés de Nuremberg (1945-1946) després de la Segona Guerra Mundial, en relació amb el tracte rebut per moltes dones i homes a través dels programes d'esterilització que promovien la política eugenèsica nazi, però s'han produït amb anterioritat.



En el cas de les dones amb discapacitat, **el control de la menstruació** és una de les motivacions errònies per les quals s'acudeix a l'esterilització.

Certament, en l'àmbit reproductiu també es veu afectada la menstruació, una qüestió que transcendeix l'objecte d'aquesta investigació, però que cal assenyalar. Igualment, també convé assenyalar, tal com indica UNFPA, que els **estigmes socials i culturals sobre la menstruació discriminen i provoquen violència contra les dones** (2022c). Aquests stigmes suposen: exclusió de la vida pública, obstacles a les oportunitats i obstacles al sanejament i la salut.

La menstruació en les nenes és interpretada (erròniament) com a signe de maduresa i **implica una major vulnerabilitat envers les violències sexuals**, els matrimonis infantils i els matrimonis forçosos.

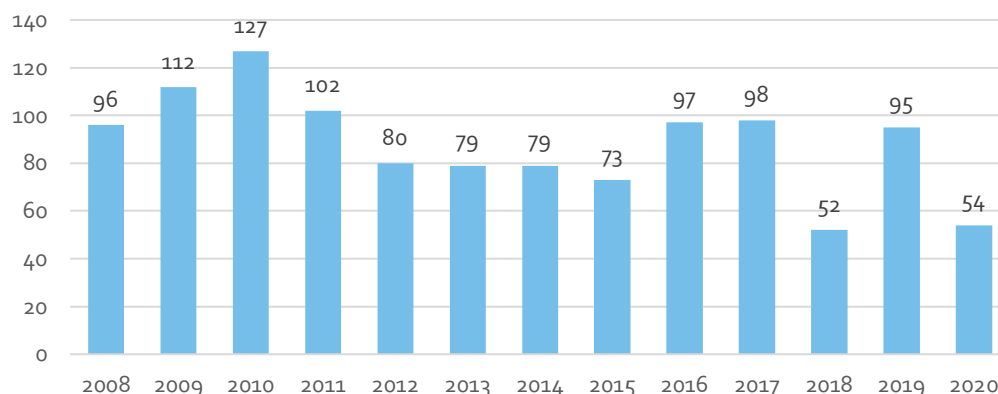
A més, les **persones amb identitats de gènere no binàries**, com els homes transgènere «solen enfrontar obstacles addicionals per obtenir informació o subministraments que els permetin gestionar la menstruació de manera segura, obstacles que inclouen possibles amenaces a la seva seguretat i el seu benestar» (UNFPA, 2022c).

Juntament amb l'anterior, s'ha assenyalat que la violència econòmica provoca pobresa menstrual, entre altres danys (Bartolomé Esteban, et al., 2023).

Malgrat la **prohibició per llei de l'esterilització forçosa** en alguns països continua produint-se, encara que s'hagi reconegut que constitueix una **violació de drets humans** pel Consell de Drets Humans i pel Comitè contra la Tortura de Nacions Unides, i malgrat les directrius emeses per la Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia, on es defineix com a "acte de violència" (CRPD, 2014).

Com succeeix amb la resta de les dones víctimes de la VR, no disposem de suficients dades respecte de les esterilitzacions forçoses. Segons dades facilitades pel Consell General del Poder Judicial (CGPJ) al mitjà de comunicació Newtral.es (2021), entre l'any 2008 i 2020 hi hauria registrades 1.144 resolucions sobre esterilització forçosa a Espanya.

Gràfic 2. Processos d'esterilització a persones amb discapacitat a Espanya (2008-2020).



Font: Newtral.es (2021) a partir de dades del CGPJ

Respecte del conjunt de dones a Espanya, l'enquesta nacional de fecunditat (edició de l'any 2018) indicava que, del 55 % de les dones que utilitzava un mètode anticonceptiu, **el 9,2 % de les dones havia fet servir l'esterilització per lligadura de trompes** (INE, 2019).

El gruix de les dones que han emprat aquest mètode té 40 anys o més (83,4 %), per la qual cosa es podrien pressuposar els seus desitjos de descendència complets o parcialment complets. Però es tracta d'una mera especulació, ja que **no hi ha forma de considerar la coerció a l'hora de triar el mètode**. El 0,5 % de les lligadures es manifestava en dones menors de 30 anys i el 16 % en dones d'entre 30 i 39 anys. En tots dos grups d'edat hauria d'incrementar-se principalment la vigilància epidemiològica.

Quant a les **dones amb discapacitat**, existeix una llarga història social i, fins i tot, legal en relació amb l'esterilització forçosa (CRPD, 2014). A Espanya, organitzacions com la Fundació CERMI Dones (FCM, 2018) ha denunciat aquestes situacions en l'*Informe de Drets Humans 2017* i el Monogràfic *Posar fi a l'esterilització forçosa de les dones i nenes amb discapacitat*.

L'estudi sobre *La violència sexual de les dones amb discapacitat intel·lectual* (Castellanos-Torres, 2020b) va evidenciar el **desconeixement** que existia entre les pròpies víctimes de la seua pròpia esterilització. La recerca va posar de manifest que les dones mancaven d'una correcta explicació de com es produeix un embaràs o com prevenir-ho, i aquelles que s'havien sotmès a alguna intervenció en matèria d'anticoncepció amb prou feines comprenien les seves implicacions. Això malgrat les recerques, les quals han demostrat que, amb una atenció i un seguiment adequats, les dones amb discapacitat intel·lectual poden evitar embarassos no

desitjats sense recórrer a l'esterilització (Meera Roy, 2010; Castellanos-Torres, 2020; 2023), que tenen nombrosos efectes negatius (vegeu punt 3.5. Conseqüències de l'AEAF).

#### 4.4. Anticoncepció forçosa

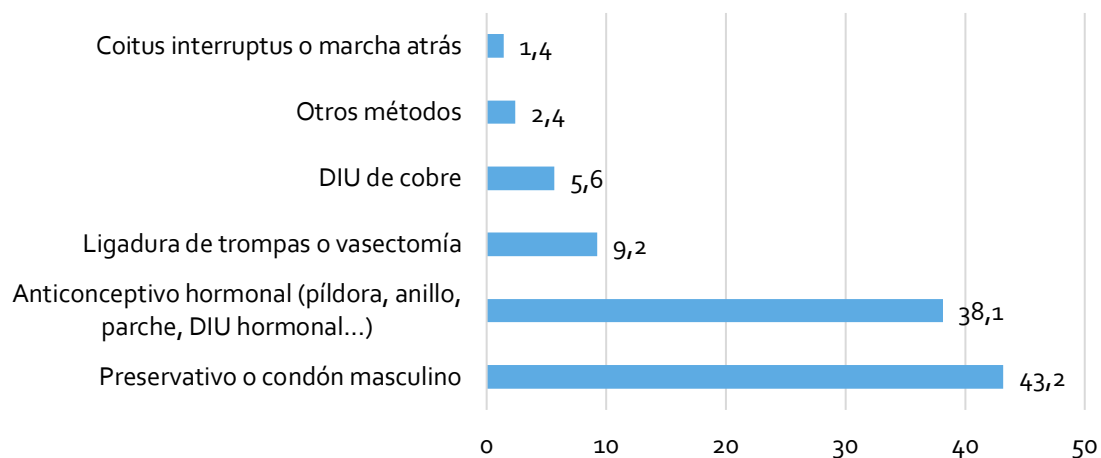
L'**anticoncepció forçosa** implica un procediment temporal de control de la menstruació o la natalitat per impedir que es produeixi un embaràs o controlar la freqüència i flux de la menstruació; per exemple, mitjançant dispositius intrauterins DIU, implant subdèrmic, o altres anticonceptius orals o injectats.

A l'apartat de definicions de la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, l'anticoncepció forçosa es defineix com una «Forma de violència contra les dones en l'àmbit reproductiu que consisteix en la intervenció mèdica per qualsevol via, també medicamentosa, que tingui anàlogues conseqüències a l'esterilització forçosa».

Els **mètodes d'anticoncepció** tenen diferents efectes secundaris i no tots són aptes per a qualsevol dona, per la qual cosa no són necessàriament assegurances al 100 % i tenen **conseqüències per a la salut física i psíquica** de les dones que aquestes han de valorar des de la seva autonomia reproductiva. Són mètodes reversibles en el sentit que poden ser extraïbles i la víctima, una vegada fora de la violència, pot interrompre'n l'ús.

No existeixen dades estadístiques que permetin diferenciar les **motivacions en l'ús d'anticonceptius, o si hi ha algun indici de coacció al respecte**. A Espanya, la ja esmentada enquesta nacional de fecunditat (2018) ens permet valorar solament la presència de diferents mètodes anticonceptius (vegeu gràfic inferior).

Gràfic 2. Dones que utilitzen un mètode anticonceptiu: percentatge segons tipus (any 2018)



Font: INE, 2019. Enquesta nacional de fecunditat.

Les dones **empren diferents mètodes anticonceptius segons el grup d'edat** (vegeu taula inferior). D'aquestes, el 43,2 % al·ludia en la citada enquesta al preservatiu, mentre que el 38,1 % mencionava algun tipus d'anticonceptiu hormonal. Aquelles que requereixen la intervenció de professionals sanitaris són diversos, entre elles el DIU (usat pel 5,6 % de les dones) i la lligadura de trompes (9,2 %).

Taula 3. Dones que utilitzen un mètode anticonceptiu: percentatge segons el tipus i grup d'edat (2018)

Mètode	Total	Grup d'edat				Total
		< 30 anys	De 30 a 39 anys	De 40 a 49 anys	50 o + anys	
Anticonceptiu hormonal	38,1	40,2	30,0	24,4	5,3	100
DIU de coure	5,6	10,9	30,9	45,6	12,6	100
Preservatiu o condó masculí	43,2	29,1	30,7	31,8	8,4	100
Lligadura de trompes	9,2	0,5	16,0	55,4	28,0	100
Altres mètodes	3,9	20,4	34,1	36,7	8,8	100
<b>Total</b>	100					

Font: INE, 2019. Enquesta nacional de fecunditat.

S'ha assenyalat que l'Enquesta de fecunditat de la Direcció General d'Estadístiques de la Població «requereix millorar la seva sensibilitat de gènere, recollir la diversitat de factors biològics, socioeconòmics i estructurals condicionants de la fecunditat, i aprofundir en els elements diferencials generadors de desigualtats i biaixos de gènere» (Pérez-Corral i Danet-

Danet, 2022). A això, se li pot sumar la necessitat de valorar aspectes coercitius i de violència reproductiva per millorar la disponibilitat futura de dades.

#### 4.5. Conseqüències de l'AEAF

El Comitè CEDAW, en la seva Recomanació General número 21 *La igualtat en el matrimoni i en les relacions familiars* va alertar el 1994 que les pràctiques coercitives que són revelades durant l'embaràs, l'avortament o l'esterilització forçosos, tenen greus conseqüències per a les dones. En aquest sentit, la violència reproductiva té un impacte clar en les vides de les dones a causa dels grans riscos que representen per a la salut.

En relació amb la **vinculació entre la violència sexual i la violència reproductiva**, es considera que les conseqüències més greus i duradores tenen lloc en l'esfera psicològica, amb alteracions emocionals i trastorns psíquics per a les dones i nenes supervivents.

La violència sexual pot provocar infeccions de transmissió sexual, des de la candidiasi, gonorrea, sífilis, herpes fins al VIH o l'hepatitis (ITS). A més, pot haver-hi lesions físiques que generen problemes ginecològics (irritació, fibromes, infeccions, hemorràgies, dolors vaginals, etc.), així com altres problemes relacionats amb la reproducció com ara l'embaràs no desitjat, l'avortament espontani, l'avortament insegur, les hemorràgies, les laceracions cervicals, les lesions intraabdominals, les perforacions uterines, les infeccions, salut reproductiva danyada (esterilitat), complicacions durant l'embaràs i el part i, fins i tot, pot causar la mort (Kefauver, 2021). Tal com indica la Fundació SEXPOL, pot implicar també disfuncions del desig sexual com el trastorn del desig, l'aversió al sexe i el vaginisme, entre d'altres.

En relació amb les conseqüències específiques de la violència reproductiva, cal considerar les qüestions següents. Cal tenir en compte que en l'apartat relatiu a l'avortament forçós (punt 3.2.2.) ja s'han assenyalat específicament aquelles relatives a l'avortament selectiu com a pràctica de selecció del sexe en tant que VR.

D'acord amb la Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia (FIGO), els **avortaments no voluntaris són** un esdeveniment traumàtic que poden provocar dolor, ansietat, depressió i fins i tot símptomes del trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT).

A més, la pràctica d'un avortament requereix cures posteriors a la intervenció essencials per a les dones. L'absència d'aquestes pot afectar greument la salut mental i física de les víctimes.

Como s'ha indicat anteriorment, si els avortaments forçosos són practicats **en entorns que no són segurs**, poden presentar nombrosos riscos; els més freqüents són: avortament incomplet, hemorràgia greu, infeccions, perforació uterina, peritonitis i danys en vagina i úter (OMS, 2021). Això pot afectar a embarassos futurs, causar la infertilitat i, en darrera instància, poden suposar la mort de la dona.

A més de la **incapacitat per reproduir-se**, l'esterilització pot provocar una **aparició primerenca de la menopausa, osteoporosi i malalties cardiovasculars**; sobretot si es duu a terme abans que la nena hagi tingut la menstruació o durant la pubertat.

Juntament amb l'anterior, es considera que l'esterilització forçosa pot **augmentar la vulnerabilitat** de les nenes, adolescents o dones joves amb discapacitat davant d'**agressions sexuals i violacions** (Fundació Cermi Dones 2018; Peláez et al. 2009). El mateix risc succeeix amb la resta de les dones que presenten altres vulnerabilitats.

Aquesta violència reproductiva té altres conseqüències específiques en la salut mental i física de les dones, i també en el seu entorn social.

En aquest sentit, s'ha assenyalat que té **conseqüències discapacitants** com ara: altres lesions físiques, retrocessos o dificultats en el desenvolupament, alteracions i trastorns del son, de l'alimentació o en el control d'esfínters, infeccions de transmissió sexual o el desenvolupament de discapacitat psicosocial, incloent malalties com inseguretats, desconfiança, problemes d'inhibició i por, aïllament, autolesions, agressivitat, conflictivitat amb família i amigats, abús de substàncies, trastorns de l'estat d'ànim, d'ansietat o estrès posttraumàtic (Fundació Cermi Dones, 2018).

Per exemple, el macroestudi sobre les conseqüències que van patir les dones pageses i indígenes víctimes d'esterilitzacions forçosos al Perú (IAMAMC, 2016) va revelar **seqüeles en l'autonomia sexual i reproductiva d'aquestes dones, en la seva autonomia física i també econòmica**. S'indiquen seqüeles negatives en el benestar emocional (depressió, ruptura de relacions afectiu-sexuals, abandó, pèrdua d'autoestima, afebliment físic i mental) i dany en el seu entorn familiar (tristesa, empobriment, abandó, migracions, desprotecció, solitud, indefensió, pèrdua de vincles afectius, suïcidis).

Els resultats de les instigacions sobre les dones amb discapacitat víctimes de VR posen l'accent sobre la necessitat de considerar que l'esterilització involuntària, coercitiva i/o forçosa **no ha de ser analitzada únicament des de la perspectiva de la maternitat**. Això reduiria la violació d'un dret humà a un estereotip, això és, que les dones som aparells reproductors.

Autores com Maria Laura Serra (2016) assenyalen que s'ha d'analitzar i discutir aquesta situació, sent necessari diferenciar les raons per les quals s'han desenvolupat aquestes pràctiques sobre les nenes i les dones. En aquest cas, **el que es destrueix és la voluntat present o futura; la possibilitat de prendre decisions respecte del seu pla de vida i la cosificació del cos**, aconseguint un sotmetiment ple.

Es comet, per tant, una intromissió en el seu cos, una violació dels seus drets humans, incloent la seva integritat física; l'igual reconeixement com a persona davant la llei; el dret a la salut; el dret de la informació; el dret de la privacitat; el dret a decidir sobre el nombre de fills i filles, i l'espai entre cadascun d'ells i/o elles; el dret a fundar una família; el dret a no ser discriminada i el dret a l'autodeterminació sobre el seu propi cos (Serra, 2016).

Finalment, una altra conseqüència generalitzada entre les víctimes de qualsevol forma de violència reproductiva és **el silenci i la manca de reparació**.

En aquest sentit, les dones els drets reproductius de les quals han estat violats són **invisibilitzats i no tenen un accés garantit a la denúncia** per diverses raons (Open Society Foundations, 2011), entre elles:

- Les víctimes desconeixen la seva situació i/o els seus drets. Desconeixen les accions que poden realitzar contra les persones inductores i professionals mèdics que van prendre part del procés. En el cas de l'esterilització, «poden passar anys fins que una dona s'adoni que ha estat esterilitzada, si no hi havia un formulari de consentiment o si se li va demanar que el signés sense poder llegir-lo prèviament, o bé si no se li va explicar el procediment realitzat» (OSF, 2011:7).
- Les víctimes manquen de recursos legals eficaços per obtenir una reparació o indemnització. En el cas de l'esterilització s'assenyala que, fins i tot sent il·legal com a Espanya, si «Les dones no senten que el seu govern respondrà les denúncies d'esterilització involuntària, pot ser que no acudeixin a la justícia» (Ibid.).

- Les víctimes se senten avergonyides i temen l'estigma social. Hi ha dones que «desitgen mantenir la seva situació en secret. Desitjoses d'evitar l'estigma social i les conseqüències emocionals (Ibid.).



## 5. AEAF: Dones víctimes i les seves necessitats

Si bé la violència reproductiva pot afectar qualsevol dona al llarg de la seva vida, l'AEAF **afecta principalment alguns col·lectius concrets**.

Les dones que sofreixen violència de gènere en l'àmbit de la parella, les dones empobrides i aquelles en situació d'explotació sexual, són víctimes freqüents de la violència reproductiva (UNFPA 2018, 2021, 2022; GREVIO, 2020).

Així mateix, tant les dones indígenes com les dones originàries de minories ètniques (sobretot gitanes) han sofert al llarg de la història aquestes mateixes pràctiques. Dones a la presó i dones malaltes de VIH també constitueixen col·lectius més indefensos.

No obstant això, són les dones amb discapacitat les que representen el grup més extensament afectat sobre el qual s'ha exercit la VR en estar en una situació de major vulnerabilitat, sobretot les dones amb discapacitat intel·lectual o del desenvolupament (DDID) i les dones amb malalties mentals.

És important assenyalar que, encara que no s'aborda en aquesta investigació, les **persones transgènere** estan afectades per la pràctica de l'esterilització forçosa i són un col·lectiu vulnerable que també cal protegir i reparar.

Així ha quedat recollit en la Resolució del Parlament Europeu, de 24 de juny de 2021, *Salut i els drets sexuals i reproductius en la Unió, en el marc de la salut de les dones* (2020/2215(INI)) (paràgraf 21), que fa referència a la sentència del Tribunal Europeu de Drets Humans en l'assumpte A. P., Garçon i Nicot contra França, que va reconèixer que l'obligació d'esterilització imposada per un Estat membre com a condició prèvia als procediments de reconeixement jurídic de gènere constituïa una **violació del Conveni Europeu de Drets Humans** (dret al respecte a la vida privada i familiar) (STEDH de 6 d'abril de 2017, Identitat transgènere i canvi d'estat civil).

### 5.1. Les dones amb discapacitat i dones amb malaltia mental

Tal com indica l'enfocament promogut per l'OMS, la discapacitat no es refereix a una condició de salut pròpia de la persona, sinó que és el resultat de la interacció entre determinades

afeccions (psíquiques i/o físiques) i una sèrie de factors ambientals i personals. És a dir, **el context social pot ser el responsable de generar un entorn discapacitant**. En aquest sentit, l'ONU adverteix que les persones amb discapacitat han de fer front a majors riscos davant la vulneració dels seus drets fonamentals.

En aquesta línia, l'Observació General N.º 3 del Comitè de Drets de les Persones amb Discapacitat de l'ONU (d'ara endavant, CDPD) de l'any 2016 incideix en què els **estereotips basats en el gènere i la discapacitat** sovint condueixen a una discriminació estructural o sistèmica, en particular pel que fa a la salut i els drets sexuals i reproductius.

A Espanya, segons dades de l'Enquesta de Discapacitat, Autonomia Personal i Situacions de Dependència (EDAD) (INE, 2020), viuen uns 4 milions de persones amb discapacitat de les quals **2,5 milions** aproximadament **són dones**. Això suposa el 60 % de la població amb discapacitat i malgrat ser majoria, fan front a majors barreres per la intersecció del gènere amb el capacitisme i discriminacions múltiples<sup>41</sup>.

**La violència contra les dones amb discapacitat** pot ser estructural i conseqüència d'una legislació discriminatòria (ONU, 2006). Abasta la violència practicada en forma de força física, coacció legal, coerció econòmica, intimidació, manipulació psicològica, engany i desinformació, i en la qual l'absència de consentiment lliure i informat constitueix un component fonamental (ACNUDH, 2012). És a dir, **va més enllà de la violència reproductiva**.

L'estudi *Dona, discapacitat i violència de gènere* (Castellanos-Torres, 2020a) ha evidenciat **nombroses formes de violència** contra les dones amb discapacitat: de naturalesa física, psicològica, sexual o financera i inclouen l'abandó, l'aïllament social, el confinament, la humiliació, l'arrest, la denegació de cures sanitàries, l'esterilització forçosa i el tractament psiquiàtric forçós.

Moltes d'aquestes situacions es produeixen **dins de les relacions familiars**, incloent la violència física i la violència sexual a mans d'homes coneguts amb vinculació familiar. També es poden produir **dins d'institucions d'atenció** (OHCHR, 2020).

---

<sup>41</sup> Per exemple, en el cas de l'accés a l'ocupació, la taxa d'atur és superior a la dels homes (INE, 2021). A més, hi ha un 64,7 % de dones amb discapacitat que estan considerades inactives amb les conseqüències que això té per a la seva autonomia econòmica, factor fonamental per sortir de situacions d'abús i violència.

Les dones amb discapacitat estan **exposades a violències específiques** i, a més, a les mateixes formes de violència que la resta de dones, en les quals presenten una **incidència major**. En aquest sentit, les dades de la Macroenquesta de Violència contra la Dona (DGVG, 2019) revelen que el 40,4 % de les dones amb discapacitat ha viscut **algun tipus de violència en la parella** enfront del 31,9 % de les dones sense discapacitat.

D'altra banda, és imprescindible tenir en compte que **la violència és la causa de múltiples discapacitats** en les dones, i també en les seves filles i fills nascuts en condicions de violència. Segons l'Informe promogut per la Fundació CERMI Dones (Castellanos-Torres *et al*, 2022) sobre la situació de les dones amb discapacitat:

- El 40 % ha viscut en algun moment de la seva vida una situació d'assetjament sexual.
- El 42 % va estat exposat a violència sexual en la infància quan era menor de 15 anys, perpetrada per agressors diferents de la parella.
- El 14 % supervivents de violència sexual, fora de la parella, va desenvolupar la discapacitat com a conseqüència d'aquesta violència.
- El 23 % de les dones afirma que la seva discapacitat és conseqüència de la violència física o sexual exercida sobre elles per les seves parelles.

Les dones amb malalties mentals i dones amb discapacitat es troben, per tant, en una situació de **particular vulnerabilitat davant la violència reproductiva**.

L'*Informe de Drets Humans de les dones amb discapacitat 2022* (Fundació CerMI Dones, 2023) ha alertat sobre les situacions de **discriminació, violència, infantilisme i prejudicis** a l'hora d'acudir a una revisió ginecològica. Segons aquest informe, el 22 % 'mai' o 'gairebé mai' han acudit, un 4 % de les dones desconeixien si havien passat per un procés d'esterilització, i un altre 4 % va declarar haver-s'hi sotmès sense tenir tota la informació necessària.

**L'estigma i els conceptes erronis** sobre la discapacitat i la sexualitat tenen un profund impacte negatiu en les vides de les dones. Provoquen desapoderament i infantilització. No són considerades com a destinatàries de serveis d'orientació i informació, i moltes vegades se les «asexualitza».

En conseqüència, moltes nenes i dones joves amb discapacitat manquen dels coneixements i el suport bàsics necessaris per **protegir-se dels abusos sexuals, els embarassos no desitjats i les infeccions de transmissió sexual**, i no estan proveïdes d'eines per prendre decisions informades sobre el seu propi cos, salut i vida (Alcedo Rodríguez, et al, 2006; Altundağ S, Çalbayram NÇ, 2016; (Cruz Pérez, 2004; Castellanos-Torres, 2020b).

L'AEAF contra les dones amb discapacitat **es produeix per diverses causes**: d'una banda, encontraríem les **eugenèsiques sistemàtiques**, que limiten el dret a la reproducció; i de l'altra, els **motius que impulsen les famílies i institucions** a l'atenció de les dones amb discapacitat, que són fonamentalment dos:

- Per controlar la menstruació amb la finalitat de facilitar les atencions personals.

La menstruació necessita d'unes atencions bàsiques d'higiene corporal i, tal com succeeix amb la sexualitat, en general les dones i les nenes amb discapacitat (sobretot intel·lectual i/o psicossocial) no disposen de la informació adequada sobre la menstruació, duplicant-se aquesta inaccessibilitat en entorns de pobresa (Serra, 2016). La menstruació de les dones amb discapacitat segueix estant rodejada de silenci, tabús i estigmes (Shah, Norlin, Logsdon i Samson-Fang, 2005).

Organitzacions internacionals com OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF i l'OMS (2014) denuncien que el control menstrual no ha d'utilitzar-se com a pretext per a l'esterilització anticonceptiva.

- Per impedir embarassos. Això sota l'estereotip discriminatori de considerar que una dona amb discapacitat és incapaç d'exercir els rols associats a l'exercici de la maternitat. Igualment, cal tenir en compte que existeixen importants debats sobre **l'exercici del dret a la maternitat de dones amb discapacitat intel·lectual** (Castellanos-Torres, 2023). Els **mites i estereotips** es materialitzen des de la negativa a oferir-les informació sobre anticonceptius fins a suggerir-les l'esterilització. Se les considera irresponsables i incapaces d'atendre els seus fills de manera adequada (Cruz, 2004; Castellanos-Torres, 2023)<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Com explica Castellanos-Torres (2020b), aquestes pràctiques formen part d'un model més estès. La denegació inclou també l'exclusió de l'assistència sanitària apropiada en matèria de salut reproductiva i de les exploracions en matèria de salut sexual, restriccions en l'elecció de mètodes anticonceptius, una tendència a suprimir la menstruació,

Paradoxalment, l'AEAF contribueix en ocasions a **invisibilitzar les agressions sexuals**, ja que l'embaràs és de vegades l'únic signe que ajuda a detectar aquesta situació. En aquest sentit, com apunta Laura Serra (2016), aquest raonament és extremadament cruel ja que sembla ser que no importa que es cometi una violació, mentre no hi hagi un embaràs.

En general, la situació de desapoderament que pateixen les dones amb discapacitat respecte de les seves DSR s'evidencia de manera molt més greu **quan les seves vides són organitzades fonamentalment a través d'institucions** que les neguen el ple exercici de l'autonomia i la privacitat, ja sigui de manera intencional o no.

L'estudi europeu sobre la **violència experimentada en institucions** (Holla i Smits, 2018), ha evidenciat aquest fet. L'esterilització de dones amb discapacitat en institucions com a mitjà per encobrir l'abús sexual (o per preparar-se per a allò que és vist com un abús sexual inevitable) s'ha registrat en institucions de tot el món.

Tal com ha indicat l'Alta Comissionada Adjunta de les Nacions Unides per als Drets Humans «Les institucions, com les residències de llarga estada, els orfenats i les institucions psiquiàtriques, també poden exposar les dones i nenes amb discapacitat a riscos particulars a causa de la seva reclusió. (...) poden mancar d'accés a un mecanisme funcional de denúncia d'abusos o violència mental, física o sexual, especialment quan tenen diferències de comunicació o intel·lectuals. Poden ser ignorades, descregudes o malinterpretades, la qual cosa afavoreix la violència sistemàtica i continuada» (OHCHR, 2020)<sup>43</sup>.

## 5.2. Altres dones afectades per l'AEAF

### 5.2.1. Dones víctimes de l'explotació sexual

La violència reproductiva és exercida juntament amb la **violència sexual**, forma part doncs del control total necessari del cos femení per al seu abús i intervenir-ne sobre les conseqüències.

Així, també són víctimes de VR les nenes i dones víctimes de l'explotació sexual, les que es troben en situació de prostitució, a la indústria del sexe en qualsevol de les seves variants comercials, inclosa la del turisme sexual, així com les víctimes de tracta amb finalitats

---

mancances en la gestió d'embarassos i parts, avortaments selectius o forçosos i la denegació del dret a l'exercici de la maternitat.

<sup>43</sup> Traducció pròpia de l'original en anglès.

d'exploació sexual i les víctimes de tracta amb finalitats d'exploació laboral<sup>44</sup> (Mora, 2007; García Medina, 2017).

**Els responsables de la VR** contra aquestes dones són múltiples, depenent de la tipologia de violència sexual. D'aquesta manera, es podria al·ludir (a més dels propis abusadors) a responsables de la indústria del sexe a la qual estan vinculades les víctimes, la figura de l'home o dona proxeneta, membres de xarxes d'exploació i de tràfic de persones, i homes puters. Juntament amb l'anterior, estaria la responsabilitat dels i les professionals sanitàries que participen d'aquestes pràctiques ja que la seva col·laboració és necessària, a més de les autoritats públiques que no garanteixen la pertinent diligència sobre la protecció de les víctimes.

Des d'un enfocament sociològic, aquestes pràctiques són considerades privilegis masculins, segons les quals els homes aconsegueixen de manera individual o grupal accedir al cos de les dones que no els desitgen; allò que fora de la prostitució aconseguirien mitjançant una violència explícita o intimidació (Ranea, 2018)<sup>45</sup>.

L'exercici de la **prostitució i l'exploació sexual de les víctimes de tracta té greus** efectes sobre la salut de les dones. Fins i tot, en aquelles situacions en les que l'exercici de la prostitució a nivell local no hagi estat provocat per un engany o una obligació, aquestes dones i nenes sofreixen igualment abusos i violència física i psicològica, a tots els nivells, i se les ha de considerar víctimes igualment (Metges del Món, 2012).

Encara que no hi hagi registres sistemàtics, existeixen múltiples evidències que aquest tipus de pràctiques generen embarassos no desitjats i **pràctiques abortives freqüents sense control sanitari**.

D'altra banda, s'assumeix, sense gaire fonament, que les dones prostituïdes prenen mesures d'atenció i protecció. No obstant això, quan són reclutades a edats primerenques no sempre tenen coneixement sobre mètodes anticonceptius i per a la prevenció de malalties infeccioses o venèries. En casos extrems, s'ha comprovat que les

---

<sup>44</sup> En aquest cas, l'exploació laboral de les dones requereix que no es produeixin embarassos. A més, hi ha una forta vinculació entre l'exploació laboral i la violència sexual (assetjament, agressió o violació) envers les víctimes.

<sup>45</sup> Segons Ranea (2018:3), «En l'imaginari socio-sexual patriarcal, la sexualitat masculina es representa com una «necessitat» fisiològica, això és, com una «necessitat» corporal. Aquest imaginari que essencialitza la masculinitat ha estat un dels grans legitimadors de les violències sexuals perquè ficciona la sexualitat masculina com una «necessitat», arribant a situar-la fins i tot en el terreny dels instints que han de ser satisfets d'una manera o altra».

dones que sofreixen aquesta violència són més propenses al càncer cervical (Ruffa i Chejter, 2010).

Els estudis sobre dones migrants estrangeres que exerceixen la prostitució, assenyalen que, encara que puguin rebre una certa atenció des d'un enfocament biomèdic (centrat en el control dels ITS), es deixen de tenir en compte altres conseqüències sobre la salut psicosocial d'aquestes dones (Ríos, 2014).

Així mateix, l'Associació de Dones per a la Salut (AMS) indica que **una sexualitat no saludable provoca seqüeles a qualsevol dona**, amb especial gravetat per a aquelles que es troben en situació de prostitució o tracta. A més dels efectes sobre la salut física abans indicats, les conseqüències psicològiques i emocionals van des de l'estrès posttraumàtic (amb records repetitius i torturadors), a alts índexs de depressió i problemes d'ansietat, angoixa, pors, fòbies, falta d'autoestima, etc. «També són molt freqüents els suïcidis o els intents de suïcidi i tenen 40 vegades major risc de ser assassinades. Les dones prostituïdes estan sotmeses en un alt grau a amenaces, maltractaments, violacions, abusos, tortura i múltiples humiliacions i degradacions» (Muruaga, 2023).

Finalment, en molt poques ocasions s'ha prestat atenció a l'anàlisi de la qualitat de vida de les dones en situacions de prostitució en referència a la seva «**salut social**». Les escasses aproximacions parlen dels temors relacionats amb les condicions espacials i temporals que coarten els seus vincles i relacions socials, la percepció de segregació social i l'aïllament, objeccions i/o restriccions en l'accés a serveis socio-sanitaris, així com els efectes de la irregularitat administrativa en els casos de dones migrants o traficades (Pinedo, 2008).

### 5.2.2. Dones migrants, refugiades i sol·licitants de protecció internacional

Segons dades del padró, la població immigrant a Espanya representa el 11,68 % del total (INE, 2022). Suposen 2.778.214 homes i 2.764.718 dones. Les dones migrants empadronades són el **11,42 % de totes les dones** que viuen al nostre país.

Per a moltes dones i persones no binàries, la violència per motius de gènere és un dels **motius de fugida dels seus països**. A més, la violència sexual i la violència reproductiva té lloc amb freqüència en contextos de persecució i situacions de conflicte armat, així com en els **processos de fugida** d'aquests i en **contextos de trànsit no segurs**.

Per tant, les nenes i dones **migrants i sol·licitants de protecció internacional i refugiades**<sup>46</sup> són víctimes en situació d'**especial vulnerabilitat de l'AEAF**.

És important tenir en compte que les persones que migren «no són intrínsecament vulnerables, ni manquen de resiliència i agència» (OHCHR-GMG, 2018:5). D'aquesta forma, les persones migrants poden trobar-se en diferents situacions de vulnerabilitat «com a resultat de situacions que les obliguen a abandonar el seu país d'origen, les circumstàncies en què viatgen o les condicions a què s'enfronten a la seva arribada, o a causa de característiques personals com l'edat, la identitat de gènere, la raça, la discapacitat o l'estat de salut» (Ibíd.).

A Espanya, si una dona ha sofert **persecució per motius basats en el gènere**, per les autoritats del seu país o per algun agent tercer (parella, família, comunitat o altres), sense haver rebut protecció de les autoritats, podria ser **beneficiària de l'estatut de refugiada o de protecció subsidiària**<sup>47</sup>, tal com estableix el marc normatiu internacional i de la Unió Europea<sup>48</sup>.

*«La condició de refugiada pot ser reconeguda a les dones víctimes de violència de gènere que, a causa d'un fundat temor de ser perseguida per motius de gènere, de pertinença a un grup social determinat o orientació sexual, es troben fora del seu país d'origen i, a causa d'aquests temors, no poden o no volen acollir-se a la protecció de tal país. Per tant, si ha sofert persecució, per les autoritats del seu país o per algun agent tercer sense haver rebut protecció d'aquestes autoritats, per motius basats en el gènere, podria ser beneficiària de l'estatut de refugiada. Aquests motius poden ser, **entre altres**: violència física o psicològica exercida per la parella o exparella, agressions o abusos sexuals, **esterilització o avortament forçós**, mutilació genital femenina o risc de patir-la, matrimoni forçós i tracta de dones i nenes». (DGVG, s.f.; èmfasi agregat)*

Cal indicar que no totes les dones accedeixen a figures administratives de protecció internacional a Espanya. **L'accés a la protecció** es troba col·lapsat des de fa anys i el conjunt del

---

<sup>46</sup> (accés)

<sup>47</sup> Això s'aplica a nacionals de tercers països (no membres de la Unió Europea) i a les dones apàtrides.

<sup>48</sup> Vegeu: Article 14 de la Declaració Universal dels Drets Humans i la Convenció de Ginebra de 1951 i el seu protocol (Protocol de Nova York de 1967); en la UE es recull als Articles 18 i 19 de la Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea i es regula pel Sistema Europeu Comú d'Asil (SECA), que abasta el Reglament de Dublín i tres Directives específiques; així com el Nou Pacte sobre Migració d'Asil de la UE (2020). A Espanya vegeu la Llei 12/2009, de 30 d'octubre, reguladora del dret d'asil i de la protecció subsidiària (BOE núm. 263, de 31/10/2009).



sistema de protecció espanyol presenta deficiències<sup>49</sup> que dificulten la protecció adequada de les dones i les nenes. **Ni tan sols hi ha un registre de les sol·licituds de refugi per motius de gènere**, per la qual cosa no se li pot donar un seguiment adequat a la qüestió.

L'any 2022, Espanya es va convertir en **el tercer país amb major demanda de protecció internacional de tota la Unió Europea**<sup>50</sup>, (64.219 sol·licituds d'homes i **54.623 de dones**) (Ministeri de l'Interior, 2023). Ha estat el **cinquè país de la UE que més proteccions temporals ha concedit**. L'any 2022 (161.037 concedides a persones desplaçades per la invasió de Rússia a Ucraïna<sup>51</sup>) (Ministeri de l'Interior, 2023).

No obstant això, les **taxes de reconeixement estan molt allunyades de la mitjana de la Unió Europea** (16,5 % enfront del 38,5 %). Des de la perspectiva de gènere es constata que la taxa de reconeixement de les **dones (11,59 %)**<sup>52</sup> és **6,3 punts inferior a la dels homes (17,90 %)** (segons les dades del Ministeri de l'Interior, 2023).

Les deu principals **nacionalitats de procedència** de les persones sol·licitants de protecció internacional a Espanya durant l'any 2022 han estat: Veneçuela, Colòmbia, el Perú, el Marroc, Hondures, Nicaragua, Mali, l'Afganistan, El Salvador i Cuba. A Veneçuela, Colòmbia, el Perú, el Marroc, Hondures, Nicaragua, Mali, l'Afganistan, El Salvador i Cuba. I amb resolució favorable han estat: Mali, l'Afganistan, Ucraïna, Síria i Colòmbia. Les principals nacionalitats amb protecció subsidiària<sup>53</sup> van ser: Veneçuela, Colòmbia, el Perú, Panamà i Xile.

---

<sup>49</sup> Les denúncies per part de les ONG especialitzades han estat constants, sobretot des de 2018 per les deficiències del sistema espanyol (vegeu, per exemple, els informes anuals de CEAR). El juny de 2023, 23 ONG especialitzades van realitzar una queixa davant la Comissió Europea denunciant el col·lapse del sistema de cites per sol·licitar asil a Espanya (Europa Press, 2023). Les entitats són: Andalusia Acoge, Associació Talaia Intercultural, Associació Claver, Associació Loiola Etxea, Comisión Española d'Ayuda al Refugiado (CEAR), Centro Padre Lasa, CESAL, Coordinadora de Barrios, Creando Huellas, Fundació Ellacuría, Fundació Migra Studium, Fundació Red Íncola, Fundació San Juan del Castillo – Centro Pueblos Unidos, MPDL, La Merced, Progestión, Provivienda, Red Acoge, SJM, SJM Almería, SJM Valencia, Sercade.

<sup>50</sup> Segons dades d'Eurostat (2023): Alemanya va rebre una quarta part (25 %) de les sol·licituds d'asil, seguida de França (16 %), Espanya (12 %), Àustria (11 %) i Itàlia (9 %). Es van registrar 117.945 sol·licituds d'asil a Espanya; 118.842 sol·licituds de protecció internacional segons l'Avanç trimestral de dades de protecció internacional acumulats a 31 de desembre de 2022 (Sotssecretaria de l'Interior, Direcció General de Política Interior del Ministeri de l'Interior, 2023).

<sup>51</sup> En aplicació de la Directiva 2001/55/CE, de Protecció Temporal, de 4 de març de 2002, que garanteix el dret a residir, treballar i accedir a prestacions socials a les persones beneficiàries.

<sup>52</sup> Les dades per sexe mostren: resolucions favorables: 4.444 dones; raons humanitàries: 11.517 dones; reconeixement de l'estatut d'apàtrida: 91 dones (fonamentalment del Sàhara no reconegut). Dades a 31/12/2022 (Sotssecretaria de l'Interior, Direcció General de Política Interior del Ministeri de l'Interior, 2023).

<sup>53</sup> El dret a la protecció subsidiària és el que es dispensa a les persones d'altres països i als apàtrides que, sense reunir els requisits per obtenir l'asil o ser reconegudes com a refugiades, però amb les quals es donen motius fundats per creure que si tornessin al seu país d'origen, en cas dels nacionals o, al de la seva anterior residència habitual, en cas

Cal tenir en compte que aquestes dades **no recullen la presència real de persones susceptibles de protecció**, tant per les deficiències en l'accés a la sol·licitud, com per la infrademanda de moltes víctimes en considerar Espanya com un país de trànsit.

Certament, el nostre país **és una ruta de trànsit** (cap a la resta de la UE) i **no només una destinació**. Això vol dir que moltes dones estan de manera temporal perquè el país al qual voldrien arribar és un altre<sup>54</sup>. Això pot suposar que es trobin en una **situació administrativament irregular** (*sense papers*).

Respecte al desplaçament, les **nenes** (acompanyades i no acompanyades) i **dones que emigren a través de rutes que no són segures**<sup>55</sup>, ho fan en condicions d'alta vulnerabilitat i són víctimes freqüents de la violència sexual i de la violència reproductiva, entre d'altres.

A més, cal considerar que diverses rutes que arriben a territori espanyol es consideren de les més **perilloses del món**, pel nombre de morts que causen (la ruta de la Mediterrània i la ruta cap a les Illes Canàries) i a través dels països que travessen fins arribar a la frontera espanyola, uns Estats que no són segurs en la seva majoria (no garanteixen tots els drets humans de les dones ni garanteixen tampoc el no retorn al país d'origen) (ECRE, 2019; OIM, 2022; 2023; Caminando Fronteras, 2022, 2023.).

**A Espanya no es recullen dades oficials** sobre el tipus de violències que sofreixen les dones sol·licitants ni les dones refugiades, ni hi ha registre de la VCD (i la seva tipologia) com a motivació per a la sol·licitud de protecció internacional al nostre país. Existeix, per tant, una important manca de producció de coneixement institucional en aquest sentit.

Quant a les **dones estrangeres en general**, sí són tingudes en compte per a l'estudi de la prevalença de la VCD a través de la Macroenquesta de Violència contra la Dona (DGVG, 2019).

---

dels apàtrides, s'enfrontarien a un risc real de sofrir algun dany greu previst a la Llei 12/2009, de 30 d'octubre, reguladora del Dret d'Asil i la Protecció Subsidiària, i que no poden o, a causa d'aquest risc, no volen, acollir-se a la protecció del país de què es tracti, sempre que no existeixi alguna de les causes d'exclusió o denegació establertes a l'esmentada Llei (Ministeri de l'Interior, s.f.).

<sup>54</sup> La regulació del dret d'asil a Europa implica que quan s'arriba a un «país segur» s'ha de sol·licitar protecció internacional en aquest territori, ja que si no es fa, la persona sol·licitant seria retornada al primer país segur (Reglament (UE) núm. 604/2013 del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de juny de 2013, pel qual s'estableixen els criteris i mecanismes de determinació de l'Estat membre responsable de l'examen d'una sol·licitud de protecció internacional presentada en un dels Estats membres per un nacional d'un tercer país o un apàtrida (Dublín III)).

<sup>55</sup> Vegeu el Pacte Mundial per a una Migració Segura, Ordenada i Regular (GCM) de les Nacions Unides (A/RES/73/195 adoptat a Marràqueix el 2018), que és el primer acord intergovernamental en aquest sentit.

Les dades de la Macroenquesta assenyalen que les dones nascudes a l'estranger són especialment vulnerables a la violència:

- Gairebé el 46 % d'aquestes dones ha sofert violència a mans d'una parella. El 45,6 % violència psicològica i el 24,7 % violència física o sexual, mentre que el 40,3 % violència de control i el 34,9 % violència emocional.
- El 15,7 % ha sofert violència física fora de la parella.
- El 9,8 % indica haver sofert almenys un episodi de violència sexual perpetrada per una persona distinta a la seva parella.
- Més del 44 % ha estat víctima d'assetjament sexual en algun moment de la seva vida i el 19,3 % assenjala que ha sofert assetjament reiterat.

L'estudi realitzat per l'associació Aieti (2020) mostra que les dones migrants **es beneficien en menor mesura de les ajudes** econòmiques previstes per a la lluita contra la VG. Tenen **majors dificultats d'accés a la protecció i l'exercici dels seus drets** si estan en situació d'irregularitat jurídica, en dependència del cònjuge o en situació de trànsit i tracta. La majoria dels assassinats per VG són comesos per espanyols, fins i tot quan la víctima és estrangera. A més, són les **principals víctimes de l'explotació sexual** (tracta i prostitució).

Quant a la **presència d'AEAF**, al llarg del treball de camp les organitzacions i expertes consultades han posat de manifest l'existència tant d'avortaments **com d'embarassos forçosos** entre les dones migrants que tracten d'arribar a Espanya, fruit en molts casos de la violència sexual a què són sotmeses als **territoris de trànsit**.

En alguns casos, alguns embarassos podrien ser intencionals, però tal com relaten les organitzacions, la majoria no són interromputs per la manca d'informació i d'accés a serveis de salut sexual i reproductiva, la qual cosa impedeix adoptar mesures d'anticoncepció, incloent l'IVE. Així mateix, s'ha assenyalat que en alguns casos els embarassos es duen a terme sota la creença que podrien afavorir la no expulsió de la mare gestant del territori nacional.

Algunes dones es troben en situació d'especial vulnerabilitat quan són en situació irregular administrativament parlant o a l'espera de resolució administrativa sobre la seva situació de residència a Espanya i en el cas de les menors no acompanyades (MENA).

D'aquesta manera, trobem al nostre país **nenes i dones d'origen migrant** que han estat víctimes als seus països d'origen (o en trànsit cap a Espanya) d'AEAF i no han rebut atenció, per això **no han estat reconegudes com a víctimes** de VR com una violència específica per motius de gènere.

Tot això anterior no exclou que la violència s'hagi produït o **s'estigui produint també al nostre país**. Els desplaçaments impliquen canvis als rols de gènere de les persones i això suposa un **estrès psicosocial a la societat d'acollida**. De la mateixa manera, implica amb freqüència la pèrdua d'estructures socials i culturals de referència, i possiblement les familiars, per la qual cosa **s'incrementa el risc de violència per motius de gènere** (IOM, 2020).

L'any 2022, la Unió d'Associacions Familiars (UNAF) va denunciar que a Espanya les dones migrants no estan accedint als recursos d'atenció en salut sexual i reproductiva: «la participació d'aquestes dones als serveis i recursos d'atenció especialitzada és anecdòtica, estimem que només aconsegueix un 0,1 %, la qual cosa posa de manifest que les dones majoritàriament no hi accedeixen i que els recursos no arriben» (UNAF, 2022).

Com ja hem assenyalat, la majoria de les xifres disponibles sobre protecció internacional a Espanya manquen de l'encreuament de la variable sexe i de la perspectiva de gènere. Aquest dèficit s'estén al conjunt del **Sistema d'Acollida de Protecció Internacional i Temporal (SAPIT)**<sup>56</sup> i les dades disponibles sobre aquest.

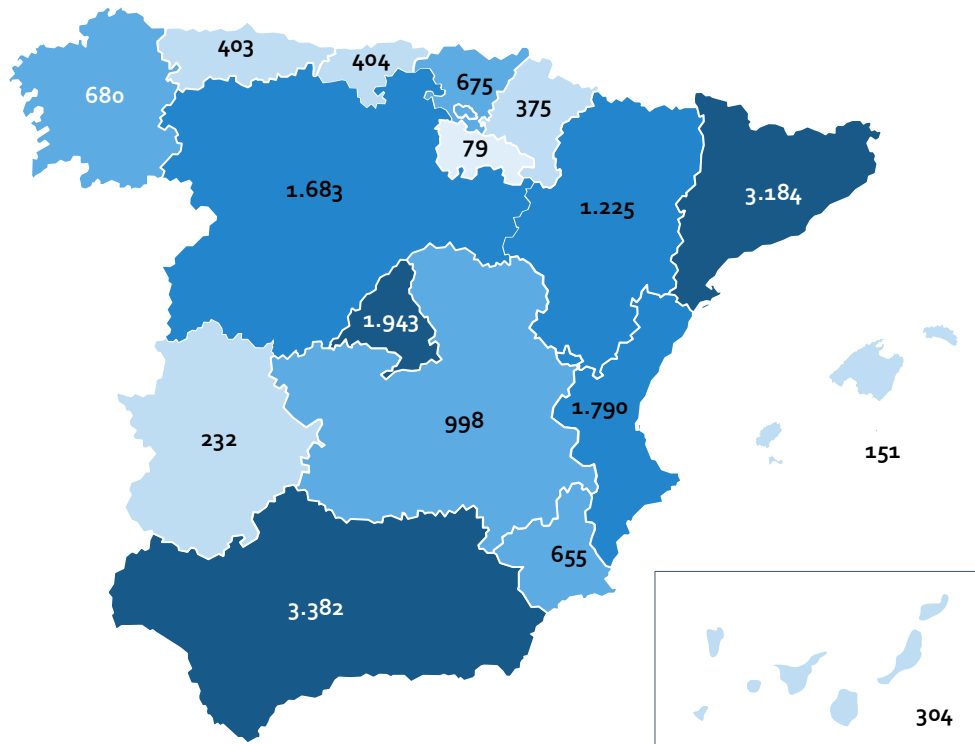
En l'actualitat (a 31 de març de 2023) 18.181 dones (52 % d'un total de 34.725 persones)<sup>57</sup> estaven rebent els serveis i prestacions del Sistema d'Acollida, en qualsevol de les seves modalitats; corresponent al 29 % a menors d'edat (OPI, 2023b). En la il·lustració inferior pot apreciar-se la seva distribució al SAPIT per Comunitats Autònomes.

---

<sup>56</sup> Mentre que les sol·licituds de protecció internacional són gestionades per l'Oficina d'Asil i Refugi (OAR) del Ministeri de l'Interior, el SAPIT és responsabilitat del Ministeri d'Inclusió, Seguretat Social i Migracions (MISSM), que l'implementa a través de diverses ONG. Disposa d'una xarxa de centres i recursos distribuïts pel territori nacional, tant de titularitat pública com a nivell de centres gestionats per entitats del tercer sector (MISSM, 2023). El sistema es desenvolupa mitjançant itineraris individualitzats de prestacions i serveis de diferent tipus.

<sup>57</sup> Les persones destinatàries del Sistema d'Acollida han presentat una sol·licitud de protecció internacional són beneficiàries de protecció internacional a Espanya; o ser sol·licitant o beneficiària de l'estatus d'apàtrida o de protecció temporal, i manquen de mitjans econòmics suficients (no superen la quantia mensual individual de la renda garantida prevista en la Llei 19/2021, de 20 de desembre, per la qual s'estableix l'Ingrés Mínim Vital).

Il·lustració 4. Distribució del nombre de dones beneficiàries de protecció internacional al Sistema d'Acollida per Comunitats Autònomes. Total estades. Total nacional el 31/3/2023.



Font: OPI (2023) a partir de SIRIA

(\*) Ceuta: 3 dones.

Per Comunitat Autònoma, la major part de les dones registrades al sistema es trobaven a Andalusia (20 %), Catalunya (16 %), Comunitat de Madrid (11 %), Comunitat Valenciana (10 %) i Castella i Lleó (9 %) (OPI, 2023b).

Segons les dades disponibles al sistema Informàtic del Programa per a Refugiats Immigrants i Sol·licitants d'Asil (SÍRIA), els principals **països d'origen** de les dones beneficiàries registrades al sistema d'acollida són: Ucraïna 58 %, Colòmbia 10 %, Veneçuela 9 %, l'Afganistan, 6 %, Síria 3 %, el Perú 3 %, Geòrgia 2 %, amb un 1 % de nacionals de Rússia, el Marroc, Hondures i El Salvador; mentre que la resta de nacionals se situa per sota de l'1 % (OPI, 2023b).

El MISSM ha començat a recopilar algunes dades provinents de les entitats del sistema d'acollida sobre les **violències de gènere** que sofreixen les beneficiàries que es troben al sistema d'acollida, però no són encara públics. No es recopilen dades sobre les dones que, per diferents raons, no estan a aquest sistema però sí són beneficiàries de la

protecció internacional per part de l'Estat espanyol. Tampoc sobre aquelles que estan en el programa de reubicació ni en el de reassentament.

El projecte d'implementació del **Protocol d'actuació de Violència de Gènere** del Ministeri d'Inclusió, Seguretat Social i Migracions i ACNUR, que es desenvolupa juntament amb diverses ONG, ha registrat algunes dades respecte de la detecció de la VG al sistema. D'acord amb la informació recopilada (CEAR, 2023b), només en el primer semestre de 2022 es van detectar almenys 90 casos.

Les dades assenyalen que els agressors eren propers a les víctimes: o la seva parella actual (69 %) o exparella (31 %). En un 49 % de les situacions residien al mateix lloc. En el 80 % dels casos, les dones tenien almenys un menor al seu càrrec (almenys 139 nens i nenes es van veure afectats per aquestes agressions). Aquestes dades **no inclouen les violències reproductives**. En l'actualitat el projecte treballa en l'ampliació de les VCD a detectar, per aproximar-se principalment a les recollides pel Conveni d'Istanbul.

Per tal d'aproximar-nos a la prevalença, com a part del treball de camp d'aquest estudi, l'ONG ACCEM, especialitzada en l'atenció a dones refugiades, migrants i en situació o risc d'exclusió social, ha compilat les dades de casos identificats des de l'any 2019 fins a maig de 2023. En total, es van identificar **23 dones víctimes d'AEAF i altres violències** (reproductives i de gènere), incloent casos de matrimonis forçosos. Es tracta d'una subestimació, donat que només s'han pogut identificar els casos patents o verbalitzats per les víctimes.

El perfil de les víctimes ateses per Accem és el de dones majoritàriament en edat reproductiva (entre els 20-37 anys), la meitat d'elles amb fills/es menors. En la seva majoria, van sofrir aquestes violències fa temps al seu país d'origen i el principal motiu de venir al nostre país va ser precisament fugir de la situació de violència de gènere que estaven travessant allà i que les feia témer per la seva integritat física i la dels seus fills/es.

### 5.2.3. Dones gitanes i d'altres grups ètnics

A Espanya, manquem d'estudis i d'estadístiques per origen ètnic o per racialització que ens acostin a la possible prevalença de les víctimes d'AEAF en aquests col·lectius de dones.

L'AEAF s'ha produït sistemàticament contra **dones de pobles originaris/indígenes o aborígens** i pertanyents a **minories ètniques** (com són les **dones gitanes**) com a «mesures de

control demogràfic» amb l'objectiu de limitar el creixement d'algunes poblacions sota premisses ideològiques racistes i discriminatòries.

Actualment, **perviuen pràctiques de coerció subtil** (sota la noció del «bé propi») **juntament amb amenaces** (per exemple, amb la pèrdua o impossibilitat d'accedir a ajudes socials, econòmiques o alimentàries) i, en determinades situacions, s'han denunciat casos de violència física, encara que no han estat registrades a Espanya.

Un cas paradigmàtic són les denúncies de **dones indígenes i pageses** esterilitzades durant els anys 90 al Perú a través del Programa Nacional de Salut Sexual i Reproductiva i Planificació Familiar implementat pel govern Fujimori (IAMAMC, 2016; Amnistia Internacional, 2019).

No obstant això, aquestes **pràctiques continuen produint-se** actualment al món, sent particularment preocupant l'esterilització forçosa, tal com assenyalen organismes internacionals com la Relatoria sobre els Drets dels Pobles Indígenes de la Comissió Interamericana de Drets Humans (CIDH)<sup>58</sup>. Per exemple, l'any 2019 es va alertar sobre les denúncies d'esterilitzacions forçoses contra dones indígenes al Canadà, que són «una expressió flagrant de violència i discriminació basada tant en el gènere com en l'origen ètnic» (CIDH, 2019).

Al territori de la Unió Europea, resulta especialment preocupant **la situació de les dones gitanes**. Alguns dels països on recentment ha hagut una alerta pública notòria en aquest sentit han estat Eslovàquia<sup>59</sup> i la República Txeca (Amnistia Internacional, 2013; 2021; Albert i Szilvasi, 2017).

A la República Txeca, l'any 2009 es va produir una investigació del Síndic de Greuges, seguida d'una disculpa pública de l'Estat a les víctimes i una compensació per a aquelles dones que es van veure afectades entre l'any 1966 i l'any 2012. A Eslovàquia, s'ha produït una cosa similar l'any 2021 respecte dels casos esdevinguts entre el 1966 i el

---

<sup>58</sup> Existeixen diverses declaracions i informes d'aquesta Relatoria de l'Organització dels Estats Americans (OEA) on s'esmenta aquesta preocupació (accés).

<sup>59</sup> Vegeu, per exemple: Sentència del Tribunal Europeu de Drets Humans, novembre de 2011 sobre el Cas V.C. v. Eslovàquia (núm. 18968/07) (accés); .

2004<sup>60</sup>. Hongria ha estat un altre país on s'han denunciat aquestes pràctiques<sup>61</sup> (Open Society Foundations, 2011; Koldinská, 2009).

No hi ha dades a Espanya en aquest sentit, si bé tampoc hi ha hagut campanyes estatals contemporànies contra la població gitana comparables als dos casos anteriors. Les dones gitanes al nostre país poden sofrir VR com les dones de la resta de la població, però en aquest cas, es produeix en intersecció amb altres eixos d'opressió i desigualtat no afectats només pel gènere, com ara **l'antigitanisme i la manca de recursos**. Tot això dificulta la visibilitat d'aquesta violència.

D'acord amb les consultes realitzades a persones expertes, els tipus d'AEAF més verbalitzades per part de les víctimes gitanes són **l'esterilització «recomanada» i l'anticoncepció**. Aquesta VR no sol venir exercida per part de la parella o exparella, sinó per part del propi sistema sanitari, en un símptoma clar de la **violència institucional reproduïda per les i els professionals de la salut**.

Es considera que el paternalisme, l'alta farmacologia i l'antigitanisme són símptomes presents en la vida de les dones gitanes, les quals veuen afectades els seus DSR i la vivència de la maternitat mitjançant el judici cultural en aquest sentit sobre el nombre de fills i filles adequat que han de tenir, l'edat del seu primer embaràs o la distància temporal en la qual s'han de produir els embarassos.

En la recerca d'Asencio i altres (2019), que compara actituds i experiències en relació amb l'anticoncepció en la població gitana i no gitana, va quedar de manifest que la població gitana és més tradicional en la seva concepció familiar, i que aquest podia ser un dels motius pels quals tenien més fills que la població no gitana. Una **preferència que és interpretada de manera racista** per alguns/es professionals de l'àmbit socio-sanitari.

En la consulta realitzada a persones expertes, s'ha posat de manifest que es considera que hi ha massa dones joves gitanes (amb edats entre els 18-35 anys) tractades amb anticonceptius sense ser informades de totes les conseqüències que això implica. En moltes ocasions, aquests mètodes anticonceptius no haurien estat sol·licitats per elles, sinó recomanats o pautats per ser joves, viure situacions de pobresa o donar per fet que no són lliures de decidir sobre les relacions

---

<sup>60</sup> Accés al web del Govern eslovac.

<sup>61</sup> Vegeu UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW/C/36/D/4/2004, August 29, 2006 (accés).



sexuals que practiquen. És a dir, la «recomanació» funciona com una coerció subtil que implica la seva acceptació per incapacitat -o por- de qüestionar les decisions mèdiques, i perquè confien en el sistema sanitari.

Una altra de les situacions revelades en el treball de camp, i que més sofreixen les dones gitanes és l'**esterilització total o parcial** (lligadura de trompes). Això no és percebut com a violència per part de moltes dones gitanes, sinó com una recomanació que, no obstant això, no coincideix amb els seus desitjos ni preferències. Es denuncia per tant que aquesta actuació sol ser inicialment consentida (però no suficientment informada) i que es realitza en dones gitanes amb edats joves a partir del judici cultural dels professionals sanitaris sobre el nombre de fills o filles que ja han tingut.

Un dels exemples recurrents als que es fa referència és, després d'una segona cesària indicar a la dona que se li ha de practicar una lligadura de trompes, perquè en la tercera cesària no seria possible realitzar la intervenció i seria massa perillós per a la seva vida i la vida del futur bebè. No obstant això, les recomanacions sanitàries permeten fer fins a tres cesàries.

De nou, la investigació comparada d'Asencio i altres (2019), que va enquestar més de 800 persones (dones i homes de dos barris de Barcelona d'ètnia gitana i no gitana), va revelar que les **dones gitanes utilitzaven en major proporció la lligadura de trompes i l'implant** que les dones no gitanes, i que els homes gitanos fan servir amb major freqüència la marxa enrere o *coitus interruptus*. Respecte de la informació sobre els mètodes anticonceptius, l'estudi va mostrar que les dones gitanes **coneixen en major proporció el DIU, la injecció anticonceptiva i l'obstrucció tubàrica que les dones no gitanes**, i coneixen en menor proporció el preservatiu masculí; mentre que els homes gitanos coneixen menys el preservatiu femení que els homes no gitanos. Per tant, sembla també necessari un anàlisi detingut d'aquestes situacions des d'una perspectiva de gènere en les polítiques públiques de salut sexual i reproductiva.

### 5.3. Necessitats de les dones víctimes d'AEAF

5.

5.1.

5.2.

### 5.3.1. Necessitats comunes

Al llarg de la recerca s'ha tractat de distingir quines són les necessitats que poden tenir les víctimes d'AEAF parant esment als seus diferents perfils. És important subratllar que es disposa de poc coneixement sobre aquesta mena de violència reproductiva i és necessari desenvolupar més recerques sobre aquest tema, sobretot a través de les experiències de les pròpies víctimes.

D'altra banda, tant la literatura especialitzada com les organitzacions i expertes consultades, fan referència a un conjunt de necessitats específiques de les víctimes d'AEAF i VR en general; si bé tota la informació es dirigeix prèviament a subratllar que qualsevol víctima de VCM tenen necessitats comunes que fan referència a la integralitat (quant a la protecció de tots els seus drets) i l'accessibilitat universal i cultural. Atès que això és comú per a totes les violències, es desenvolupa detalladament al capítol relatiu a les Propostes i Recomanacions per a la Intervenció (vegeu capítol 15).

En primer lloc, s'ha de tenir en compte els danys específics soferts i les seves conseqüències, (vegeu punt 4.5) pel que caldria considerar el següent:

- Necessitat de presa de consciència: les víctimes desconeixen els DSR fonamentals i solen caracteritzar-se per un accés molt escàs als serveis de salut ginecològica i obstètrica i d'informació i orientació sexual i de salut menstrual.
- En general, en l'àmbit de la sexualitat, la reproducció humana, la menstruació i el cos en general, perviuen nombrosos tabús. Per a moltes dones són temàtiques que produeixen vergonya i respecte a aquelles dones que no senten confiança i comoditat. En molts casos, ni tan sols han pres consciència de la violència que han sofert.
- Credibilitat i reconeixement. La persistència d'estereotips sobre la sexualitat, el capacitisme i la discriminació etnicorracial (entre altres), influeixen en la consideració dels testimonis de les víctimes. A més, quan la presa de consciència és tardana, influeix el temps que ha passat des de les agressions, per la qual cosa les víctimes creuen que no podran ser reconegudes com a tals.

(...) havia viscut situacions d'abús per part del seu pare, i aquesta dona el que va fer, en el seu moment, va ser acudir a la treballadora social de zona, la qual no li va donar molta credibilitat ja que, en tenir problemes de salut mental... no li donava molta credibilitat al discurs que explicava (E3)

El relat d'una dona amb discapacitat física serà més creïble que el d'una dona amb trastorn mental o el d'una dona amb discapacitat intel·lectual, pels mites existents envers aquestes discapacitats (E7)

- Deshomogeneïtzació. En el cas de la discapacitat, s'assenyala que amb freqüència hi ha professionals de l'atenció social, agents policials i judicials que solen entendre la discapacitat de manera homogènia, sense tenir en compte els diferents tipus de discapacitat que existeixen i les diferències entre elles.

El mateix succeïa amb les dones gitanes i les procedents de diferents diàspores englobades dins de la categoria d'«immigrant» sense tenir en compte les diferències de valors socials i religiosos, així com els costums que afecten les seves vivències.

- Informació sobre recursos. Les víctimes d'AEAF necessiten informació accessible, clara, senzilla i adaptada a les característiques dels diferents perfils de dones destinatàries. D'acord amb l'OMS (2022), aquesta atenció ha d'oferir-se de manera confidencial, sense discriminació i sense l'amenaça d'enjudiciament penal o altres mesures punitives<sup>62</sup>. Això últim és molt important perquè es tendeix a culpabilitzar o criminalitzar les dones víctimes de VR.
- Comprensió i suports per a la comunicació: les dones que fan front a necessitats de comunicació específiques tenen sentiments d'incomprensió, sobretot si els seus suports comunicatius són inadequats.

Per exemple, les dones sordes poden requerir, a més d'intèrprets LSE, mediadores comunicatives, mentre que d'altres poden necessitar mediadores en sordoceguera. Algunes DDID i les dones amb paràlisi cerebral, poden necessitar logopedes.

Juntament amb l'anterior, convé disposar de pictogrames representatius de diferents formes de violència i sobre SSR, en ser útils per al conjunt de les víctimes.

En el cas d'algunes comunitats de determinades diàspores es necessiten figures de mediació i interpretació cultural que puguin traduir les vivències i les

---

<sup>62</sup> Observació general núm. 36, paràgraf 8: Article 6 del Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics, sobre el dret a la vida. Ginebra, Comitè de Drets Humans de les Nacions Unides (124è període de sessions), 2018 (CCPR/C/GC/36).

significacions donades a una experiència<sup>63</sup>. També perquè quan succeeix un problema, les víctimes puguin tenir referents comunitaris formats en aquestes violències i que pugui facilitar-se l'atenció des de les comunitats cap als recursos.

- Les víctimes necessiten ser ateses per personal format en VR i AEAf, però també respecte de les necessitats específiques dels col·lectius de dones que són les seves principals víctimes.
- L'experiència de les EL i expertes (ONG i investigadores) assenyalen categòricament que convé considerar un requisit imprescindible la formació per a l'AEAf, les temàtiques de DSR, salut i igualtat de gènere i VCM.
- El procés de recuperació implica procediments de derivació especialitzada. Això implica un treball coordinat entre els serveis sanitaris i les organitzacions expertes (atenció a dones altament vulnerables i a altres violències concomitants com, per exemple: VG, VS, MGF, explotació sexual, matrimonis forçosos, etc.).
- Les víctimes requereixen reconeixements ginecològics i metges per detectar danys i conseqüències en la salut de les violències patides. Precisen d'un acompanyament psicològic i psiquiàtric amb seguiment a llarg termini. Amb freqüència poden requerir cirurgies reparadores i llargs tractaments farmacològics (vegeu sobre aquest tema el punt sobre Conseqüències de la AEAf).
- Es requereix valorar atentament la vinculació entre esterilització i agressions sexuals; sobretot contra dones amb discapacitat i víctimes de l'explotació sexual.
- Sobre les necessitats d'accés a la justícia, és necessari garantir també la perspectiva de la interseccionalitat i la universalitat. Aquests recursos poden incloure una reparació adequada, efectiva i ràpida en forma de restitució, indemnització, rehabilitació, satisfacció i garanties de no repetició<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> Una de les expertes ho explicava de la següent manera: «Hi ha dones que acudeixen amb les seves filles quan consideren que es desenvolupen a una edat massa primerenca, que tenen el període molt aviat i que llavors això impedirà el seu creixement (...) Van al centre de salut per tractar aquest desenvolupament. A l'Índia, per exemple, sí es faciliten aquests tipus de tractaments; aquí no, perquè s'entén com és una cosa normal. (...) aquí els metges afirmen no entendre el problema. (...) Aquestes mediadores intenten explicar-los [als professionals] el context en el qual això suposa un problema per a elles (...)», contribueixen a fer front a la situació.» (entrevista).

<sup>64</sup> Observació general núm. 22 relativa al dret a la salut sexual i reproductiva, paràgraf 64 (article 12 del Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals). Ginebra, Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides, 2016 (E/C/12/GC/22).

- Aquestes formes de VR contra les dones s'aborden principalment a través del dret penal, però sense atorgar el degut èmfasi a la necessitat de participar en la prevenció, protecció i indemnització (GREVIO, 2020).
- Seria necessari adaptar o dotar de suports als procediments (activitat probatòria, comunicacions, exploracions) per a les dones amb discapacitat i membres de diàspores.
- En el cas de les dones amb discapacitat, quan estan privades de capacitat legal, les barreres en el sistema de justícia són gairebé insuperables. Fins i tot quan denuncien abusos, les víctimes sovint no són percebudes com a creïbles (Holla, Juultje y Smits, José, 2018; Castellanos-Torres, 2020b). En aquest sentit, ja l'Observació General N.º 3 del CDPD (2016) alerta sobre la falta de conscienciació i estereotips nocius per part del funcionariat públic, la judicatura, la fiscalia o la policia. La falta de comprensió i la falta de reconeixement dissuadeix de la denúncia, i redunda en la impunitat i en la invisibilitat (Castellanos-Torres, 2020b).
- Moltes vegades tenen llocs violacions dels drets sexuals i reproductius de les dones amb discapacitat pel fet que primer els va ser usurpat el dret a l'exercici de la capacitat jurídica. A l'hora de practicar una esterilització, la voluntat de les dones amb discapacitat no és tinguda en compte si el seu dret a la capacitat jurídica els va ser restringit (Serra, 2016).
- Les barreres d'accés a la justícia de les víctimes de VR també poden aflorar en situacions d'incertesa legal, com ara les que afronten dones migrants en situació administrativa irregular o pendent de resolució a la seva petició de PI o dones en situació de prostitució o tracta amb finalitats d'explotació sexual o explotació laboral.
- Reparació simbòlica. L'AEAF (i la VR en general) no està inclosa en els actes simbòlics de conscienciació, denúncia i reparació sobre la VCM.  
Algunes de les entrevistades han realitzat una crítica a l'acte institucional de perdó a les víctimes que es va fer quan es va aprovar el canvi de l'article 156 del Codi Penal sobre les esterilitzacions forçoses a les dones amb discapacitat. S'ha valorat com a insuficient i no restitueix el mal fet a aquestes dones esterilitzades.
- Vincles i suports. Les característiques de l'AEAF suposen que les dones han estat enormement aïllades en la seva victimitat. En la majoria dels casos hi ha una relació directa entre l'abús i l'aïllament social i la manca de xarxa social. Es requereix establir llaços afectius i d'amistat amb altres persones.

### 5.3.2. Necessitats segons el perfil d'afectades

Quant a les necessitats específiques d'**alguns col·lectius** al llarg de la investigació, s'ha recollit el següent:

- Dones amb discapacitat: requereixen una important deshomogeneïtzació com a col·lectiu; cada discapacitat té les seves característiques.
  - Quant a les seves famílies i les persones de suport i cuidadores, aquestes necessiten comprendre que la sobreprotecció pot convertir-se en una altra forma de violència. Necessiten conèixer què és la violència contra les dones amb discapacitat i la violència reproductiva en particular i identificar com contribuir a la seva recuperació.
  - En molts casos, les famílies i institucions cuidadores han estat els perpetradors de la VR, per la qual cosa requereixen de la presa de consciència del mal causat i de vies mitjançant les quals reparar a les víctimes.
- Dones gitanes: Necessiten conèixer els seus drets com a pacients i ciutadanes i saber identificar les conseqüències de situacions d'AEAF que han viscut. Igualment precisen d'acompanyament per a identificar possibles actituds d'antigitanisme (per exemple, darrere de recomanació mèdiques que no són neutrals). Això significa que requereixen assessorament sobre discriminació.
- Dones migrants, sol·licitants o refugiades o amb PI: Necessiten una adaptació de la intervenció en un marc intercultural més precís, que no les revictimitzi i que faci accessibles els serveis mitjançant intèrprets culturals, la qual cosa va més enllà de la barrera de l'idioma.
  - També poden requerir en major grau recursos per a la conciliació familiar que garanteixi el seu accés als processos d'atenció per la manca d'altres suports pròxims.
  - Moltes dones són vulnerables per la seva situació administrativa, per la qual cosa necessiten suport en els procediments de regularització o PI en els quals es trobin o requereixin iniciar.
  - Depenent del seu país d'origen, poden requerir l'aprenentatge del castellà (i la llengua cooficial de la Comunitat Autònoma on resideixin).

- La SSR està pràcticament absent dels processos d'acolliment i dels processos d'inclusió el que afecta la prevenció, detecció i atenció. Representen un col·lectiu amb especials dificultats per a conèixer els recursos d'ajuda disponibles en matèria d'igualtat i VCM (en general) i per a confiar en determinats serveis i professionals als qui verbalitzar les violències sofertes. En major grau les reproductives.
- A més, poden enfrontar situacions d'un cert aïllament institucional, per la qual cosa cal treballar específicament en aquests espais. Ens referim a l'aïllament obligat (ex.: CIE) o d'aïllament limitat perquè depenen dels recursos d'atenció (ex.: CETI de Ceuta i Melilla, CAR o CREADE).

## 6. AEAF: Marc d'actuació

### 6.1. Context internacional i europeu

#### 6.1.1. Marc general de partida

L'anticoncepció forçosa, l'esterilització forçosa i l'avortament forçós suposen una vulneració específica dels **drets sexuals i reproductius** (DSR) i dels **drets fonamentals** (Patel, 2019) com ara: el dret a la salut<sup>65</sup>, el dret a la informació<sup>66</sup>, el dret a la llibertat i a la seguretat de la persona<sup>67</sup>, i el dret a la igualtat i la no discriminació<sup>68</sup>.

**L'esterilització forçosa** ha estat àmpliament denunciada com una violació dels drets humans equivalent a la tortura i una forma particularment perniciosa de violència basada en el gènere (UNFPA, 2018).

**L'avortament forçós** suposa una violació del dret a no ser sotmès a tortures ni a tractes i penes cruels, inhumans i degradants, inclòs el dret a la integritat física i mental<sup>69</sup> (OMS). En aquest sentit, l'OMS assenjala que:

«Els Estats han d'impedir i perseguir els avortaments forçosos realitzats per funcionaris públics i agents privats, especialment quan aquests siguin practicats a dones amb discapacitat o d'acord amb lleis i polítiques de planificació familiar coercitives, així com en el context d'un conflicte»<sup>70</sup>.

---

<sup>65</sup> Recollida pels instruments internacionals de l'ONU: Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals; Convenció sobre els Drets dels Persones amb Discapacitat (CDPD) i Convenció sobre els Drets del Nen.

<sup>66</sup> Garantit pel Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics i la CDPD.

<sup>67</sup> Present en el Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics i la Convenció contra la Tortura i Altres Tractes o Penes Cruels, Inhumans o Degradants.

<sup>68</sup> Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona; Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals; Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat; Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics.

<sup>69</sup> Convenció contra la Tortura i Altres Tractes o Penes Cruels, Inhumans o Degradants (ONU, 1987)

<sup>70</sup> Vegeu en aquest sentit: Observació general n.º 28: Article 3 del Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics, relatiu a la igualtat de drets entre homes i dones. Nova York (NY), Comitè de Drets Humans de les Nacions Unides, 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10); Informe del Grup de Treball de les Nacions Unides sobre la qüestió de la discriminació contra la dona en la legislació i en la pràctica al Consell de Drets Humans. Nova York (NY), Assemblea General de les Nacions Unides, 2016 (A/HRC/32/44); Relator Especial sobre la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants, Juan E. Méndez. Informe davant el Consell de Drets Humans. Nova York (NY), Assemblea General de les Nacions Unides, 2013 (A/HRC/22/53); Observació general núm. 3: Article 6: Les dones i les nenes amb discapacitat. Ginebra, Comitè de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, 2016 (CRPD/C/GC/3); Informe del Relator Especial sobre la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants. Informe davant el Consell de Drets Humans. Nacions Unides, 2008 (A/HRC/7/3); Relator Especial sobre el dret de tota persona al



La protecció de les víctimes requereix segons l'OMS (2022:10) que, dins del dret a la no discriminació i a la igualtat, els Estats adoptin mesures per evitar la imposició de l'avortament forçós, en particular a les dones i nenes de grups especialment vulnerables.

La **Declaració sobre eliminació de la violència contra la dona** (Conferència Mundial de Drets Humans de Viena, 1993) defineix la violència contra les dones per primera vegada en un organisme internacional com un problema de drets humans; a l'article 1, recull explícitament en aquesta definició les violències que ens ocupen, això és: **la pràctica de l'esterilització i l'avortament forçós, la utilització coercitiva/forçosa d'anticonceptius, l'infanticidi femení i la selecció prenatal del sexe.**

Malgrat haver estat assenyalades fa tres dècades, la seva inclusió per part dels estats membre de les Nacions Unides dins de les seves polítiques de lluita contra VCD ha estat molt desigual.

Per la seva banda, el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals del Consell Econòmic i Social de les Nacions Unides (2016), en l'**Observació general núm. 22 relativa al dret a la salut sexual i reproductiva** (article 12 del Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals) assenjala que **la salut i els drets sexuals i reproductius són drets humans.**

No sols formen part integrant del dret a la salut, sinó que són **necessaris per al gaudi de molts altres drets humans**, inclosos els drets a la vida, la llibertat de tortura i els maltractaments, la llibertat de discriminació, el reconeixement igualitari davant la llei, el respecte per la vida familiar, l'educació i el treball. per tant, són **universals i inalienables, indivisibles, interdependents i interrelacionats.** Els Estats han de garantir la disponibilitat, accessibilitat, acceptabilitat i qualitat de les instal·lacions, béns, informació i serveis relacionats amb la salut i els drets sexuals i reproductius.

Per la seva banda, el Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona (CEDAW, 2017) en la **Recomanació general núm. 35 sobre la violència per raó de gènere contra la dona**, assenjala -específicament- que:

«Les violacions de la salut i els drets sexuals i reproductius de la dona, com l'esterilització forçosa, l'avortament forçós, l'embaràs forçós, la tipificació com a delictes de l'avortament, la

---

gaudi al més alt nivell possible de salut física i mental. Informe a l'Assemblea General. Nacions Unides, 2009 (A/64/272).

denegació o la postergació de l'avortament sense risc i l'atenció posterior a l'avortament, la continuació forçosa de l'embaràs i l'abús i el maltractament de les dones i les nenes que busquen informació sobre salut, béns i serveis sexuals i reproductius, són **formes de violència per raó de gènere** que, segons les circumstàncies, poden constituir tortura o tracte cruel, inhumà o degradant» (apartat 18. Èmfasi agregat).

Dins de la VR cal assenyalar que els **avortaments selectius com a pràctica de selecció del sexe** també són considerats una vulneració dels drets humans. Així, es va posar de manifest durant la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament de Nacions Unides al Caire (1994), i a això fa referència específicament la Declaració Interagencial de Nacions Unides (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU dones i OMS) de l'any 2011, *Prevenició de la selecció de sexe amb biaix de gènere*. En el context europeu, cal assenyalar que aquest tema ha tingut especial importància (vegeu epígraf següent).

Tots aquests mandats internacionals han de ser aplicats prenent en consideració, a més, els **Objectius de Desenvolupament Sostenible de l'Agenda 2030**, i més concretament l'Objectiu núm.3 (Salut i benestar), l'Objectiu núm.5 (Igualtat de gènere) i l'Objectiu núm.10 (Reducció de les desigualtats) des del doble enfocament del gènere i la discapacitat.

### 6.1.2. Context Europeu

L'AEAF ve recollida com una de les formes d'expressió de **violència contra les dones** en el Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (2011). El conegut com a **Conveni d'Istanbul**, va ser ratificat per Espanya i està vigent des de l'1 d'agost de 2014.

El Conveni d'Istanbul és el primer instrument de caràcter vinculant en l'àmbit europeu en matèria de violència contra la dona i violència domèstica, i és el tractat internacional més ampli en aquest sentit. Juntament amb ell, es té en compte el Conveni de Varsòvia, el Conveni del Consell d'Europa sobre la lluita contra la tracta d'éssers humans (Conveni núm. 197 del Consell d'Europa), fet a Varsòvia el 16 de maig de 2005

**L'avortament forçós i l'esterilització forçoses són delictes recollits a l'article 39 del Conveni:**

*Article 39. Avortament i esterilització forçosos*

*Les Parts adoptaran les mesures legislatives o d'altre tipus necessàries per tipificar com a delicte, quan es cometi de manera intencionada:*

*a) La pràctica d'un avortament a una dona sense el seu consentiment previ i informat;*

*b) El fet de practicar una intervenció quirúrgica que tingui per objecte o com a resultat posar fi a la capacitat d'una dona de reproduir-se de manera natural sense el seu consentiment previ i informat o sense la correcta comprensió del procediment per part seva.*

**L'esterilització** forçosa encara és legal en 13 països de la Unió Europea<sup>71</sup> per la qual cosa s'està promovent una iniciativa legislativa en aquest sentit a partir de la Resolució del Parlament Europeu, de 13 de desembre de 2022, cap a la igualtat de drets de les persones amb discapacitat (2022/2026(INI))<sup>72</sup>.

Pel que fa a la **selecció prenatal del sexe**, l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa en la seva Resolució de 2010 va condemnar aquesta pràctica com a fenomen de desigualtat de gènere que reforça un clima de violència contra les dones.

En aquest document es va analitzar la situació en diversos països europeus, i es va considerar que l'instrument europeu que regula aquesta situació és la *Convenció Europea per a la Protecció dels Drets Humans i la Dignitat de l'Ésser Humà en relació amb l'aplicació de la Biologia i la Medicina* de 1997, també conegut com el «Conveni d'Oviedo», ratificat per Espanya el 1999<sup>73</sup>.

El Parlament Europeu (2016) en la seva Resolució titulada *Genericidi: On són les dones que falten?*, destaca que el *genericidi*<sup>74</sup> **és un delictes i una greu violació dels drets humans** que requereix mitjans eficaços per combatre i eliminar totes les causes profundes que condueixen a la cultura patriarcal; considera aquesta pressió sobre les dones una forma de violència física o psicològica pel Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica i per la Declaració i la Plataforma de Pequín; i insta els governs a reaccionar davant aquest fenomen.

---

<sup>71</sup> Portugal, Finlàndia, Bulgària, Croàcia, Malta, República Txeca, Xipre, Dinamarca, Estònia, Hongria, Letònia, Lituània i Eslovàquia.

<sup>72</sup> European Parliament resolution of 13 December 2022 towards equal rights for persons with disabilities (2022/2026(INI)) (accés)

<sup>73</sup> Article 14. No selecció de sexe. No s'admetrà la utilització de tècniques d'assistència mèdica a la procreació per escollir el sexe de la persona que naixerà, excepte en els casos necessaris per evitar una malaltia hereditària greu vinculada al sexe.

<sup>74</sup> El Parlament Europeu fa servir el terme «genericidi» com a concepte neutral des del punt de vista del sexe que es refereix a l'homicidi selectiu a gran escala, de forma sistemàtica i deliberada, de persones (homes o dones) que pertanyen a un sexe determinat, i que es tracta d'un problema creixent però poc denunciat en alguns països, amb conseqüències mortals i en la Resolució mencionada estudia específicament les causes, les tendències, les conseqüències i els mètodes per combatre les pràctiques de selecció en funció del sexe, que poden adoptar també les formes d'infanticidi i de violència per raó de sexe.

Finalment, també en l'àmbit europeu cal fe al·lusió a la **Resolució del Parlament Europeu, de 24 de juny de 2021, sobre la situació de la salut i els drets sexuals i reproductius en la Unió**, en el marc de la salut de les dones ja que fa referència a l'erradicació de l'AEAF.

La Resolució parteix de la descripció del marc de situació als països europeus, el qual és preocupant (*l'Informe sobre la situació de la salut i els drets sexuals i reproductius en la Unió, en el marc de la salut de les dones 2021*)<sup>75</sup>; on s'assenyala **l'impacte negatiu que la Covid-19** ha tingut sobre els sistemes d'atenció a la salut sexual i reproductiva de les dones.

Entre altres qüestions, **s'indica l'absència de dades estadístiques** i en la preocupació per les **barreres afegides, discriminació interseccional i violència** en l'accés a l'assistència sanitària que han de fer front «persones i grups marginats, incloses les minories ètniques o religioses, els migrants, les persones procedents de contextos socioeconòmics desfavorits, les persones sense assegurança de malaltia, les persones que viuen en zones rurals, les persones amb discapacitat, les persones LGBTIQ, les víctimes de violència, etc.». Això, com a conseqüència «de lleis i polítiques que permeten pràctiques coercitives en matèria de salut sexual i reproductiva i que no es garanteixen ajustos raonables en matèria d'accés a l'atenció i la informació de qualitat».

El punt 1 de la Resolució fa referència a la **no discriminació**<sup>76</sup> i la **responsabilitat dels Estats membres que salvaguardin el dret de totes les persones**, perquè puguin «*prendre les seves pròpies decisions amb coneixement de causa en relació amb la salut i els drets sexuals i reproductius, que garanteixen el dret a la integritat física i a l'autonomia personal, la igualtat i la no discriminació i que facilitin els mitjans necessaris perquè tota persona pugui gaudir de la salut i els drets sexuals i reproductius*».

Recalca la salut reproductiva i sexual com un component essencial de la bona salut, demanant als estats membres uns **serveis sanitaris de qualitat i accessibles** en el seu punt 9, esmenta expressament l'accés a aquests serveis a les dones amb discapacitat, víctimes de violència sexual i de gènere. Així mateix, incideix que el **consentiment** previ

---

<sup>75</sup> De la Comissió de Drets de les Dones i Igualtat de Gènere.(2021). V. blb.

<sup>76</sup> El punt 1 fa referència a: edat, sexe, gènere, raça, origen ètnic, classe, casta, religió o creences, estat civil o estatus socioeconòmic, discapacitat, situació pel que fa al VIH (o a ITS), origen nacional o social, situació jurídica o migratòria, llengua, orientació sexual o identitat de gènere.

ha de donar-se en totes les intervencions mèdiques relacionades amb la salut i els drets sexuals i reproductius.

En el punt 17 de la Resolució es fa al·lusió explícita a les dones amb discapacitat, on «manifesta una profunda preocupació pel fet que les dones i nenes amb discapacitat es vegin amb massa freqüència **privades de l'accés a instal·lacions de salut sexual i reproductiva i del consentiment informat sobre l'ús d'anticonceptius i, fins i tot, s'enfrontin al risc d'esterilització forçosa**; demana als Estats membres que apliquin mesures legislatives per protegir la integritat física, la llibertat d'elecció i l'autodeterminació en relació amb la vida sexual i reproductiva de les persones amb discapacitat» (èmfasi agregat).

Finalment, cal fer al·lusió també a la **Proposta de Directiva del Parlament Europeu i del Consell sobre la lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica** (COM/2022/105 final) de l'any 2022, que abasta en els seus plantejaments (entre altres moltes formes de violència) l'avortament forçós i l'esterilització forçosa (paràgraf 4).

La VR és mencionada de manera explícita, en relació amb els serveis de suport especialitzats, per prestar el suport que cal (paràgraf 46)

Respecte d'aquesta proposta, advocant pel tractament integral de la violència, el Lobby Europeu de Dones ha assenyalat la importància de considerar dins de la noció d'«**avortament forçós**», la denegació d'atenció segura i legal de l'avortament, i l'esterilització forçosa com a violació dels drets sexuals i reproductius de les dones, així com els matrimonis forçosos. Així es recull en l'*Estudi sobre la Proposta de Directiva – COM (2022) 105 final- de la Comissió Europea sobre violència contra les dones* (Freixes, 2022).

De fet, en l'estudi del procés de **transposició d'aquesta Directiva a la legislació espanyola**, s'han tingut en compte les recomanacions del Consell Econòmic i Social que promou incloure en la norma, la qual cosa es denomina «**violència ginecològica i obstètrica**» i **també la gestació subrogada**. Si bé aquesta normativa està en un procés de transformació.

## 6.2. Drets de les dones amb discapacitat

Cal parar atenció a la normativa internacional de referència que protegeix les dones amb discapacitat, ja que són les principals afectades per l'AEAF.

El marc fonamental de drets és la **Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat** de les Nacions Unides (2006) que va entrar en vigor a Espanya el 2008, fa una referència explícita a la discriminació múltiple de les dones i nenes amb discapacitat, a través de l'article 6 i altres disposicions<sup>77</sup>.

L'articulat guarda relació directa o indirecta amb la protecció i promoció dels seus drets sexuals i reproductius. Si a les dones amb discapacitat no se les reconeix com a persones iguals davant la Llei i no tenen el dret a l'exercici de la capacitat jurídica<sup>78</sup>, difícilment podran tenir dret a l'exercici de la resta de drets humans i llibertats fonamentals. En concret, l'article 16 Protecció contra l'explotació, la violència i l'abús fa referència a la protecció tant dins de la llar com fora d'ella, i assenyala la necessitat de formes adequades d'assistència i suport que tinguin en compte el gènere i l'edat per a les persones amb discapacitat i els seus familiars i cuidadors.

A més, els drets de les dones amb discapacitat també estan reconeguts en la **CEDAW** que a l'article 12 assenyala que els Estats membres adoptaran totes les mesures apropiades per eliminar la discriminació contra la dona dins de l'atenció mèdica amb la finalitat d'assegurar, en condicions d'igualtat entre homes i dones, l'accés a serveis d'atenció mèdica, inclòs els que fan referència a la planificació de la família.

Per la seva banda, l'**Observació general núm. 3 del Comitè dels Drets de les Persones amb Discapacitat** de Nacions Unides va identificar el 2016 tres àrees principals de preocupació, en aquest sentit de la protecció dels drets humans de les dones amb discapacitat: 1. Violència; 2. Salut i drets sexuals i reproductius; 3. Discriminació.

El Comitè va destacar la persistència de la violència contra les dones i nenes amb discapacitat, incloses la violència sexual i l'abús, l'esterilització forçosa, la mutilació

---

<sup>77</sup> L'article 6 fa referència directa a les dones amb discapacitat en assenyalar la necessitat que els Estats reconeixin que les dones i nenes amb discapacitat estan subjectes a múltiples formes de discriminació, per la qual cosa hauran d'adoptar mesures per assegurar que puguin gaudir plenament i en igualtat de condicions de tots els drets humans i llibertats fonamentals. Altres disposicions relacionades són l'Article 12, relatiu a l'igual reconeixement com a persona davant la Llei; l'Article 16, que fa referència a la protecció contra l'explotació, la violència i l'abús; i als Articles 23 i 25, respecte de la llar, la família i la salut, respectivament.

<sup>78</sup> Per això, la Llei 8/2021, de 2 de juny, per la qual es reforma la legislació civil i processal per al suport a les persones amb discapacitat en l'exercici de la seva capacitat jurídica, aquesta Llei ha suposat que Espanya, 15 anys després de la Convenció, compleixi amb l'Article 12, posant l'accent en la voluntat de la persona.

S'imposa així el canvi d'un sistema com el fins ara vigent al nostre ordenament jurídic, en el qual predomina la substitució en la presa de decisions que afecten les persones amb discapacitat, per un altre sistema basat en el respecte a la voluntat i les preferències de la persona. Una persona que, com a regla general, serà l'encarregada de prendre les seves pròpies decisions. Això és fonamental a l'hora d'analitzar la relació entre l'esterilització i la incapacitació judicial.

genital femenina, i l'exploració sexual i econòmica. Es va indicar que les seves decisions són substituïdes per les adoptades per terceres persones que inclouen els representants legals, proveïdors de serveis, tutors i familiars, vulnerant així els seus drets d'acord amb l'article 12 del CRPD.

Totes les dones amb discapacitat han de poder exercir la seva capacitat jurídica de manera autònoma, adoptant les decisions pròpies, amb el suport que calgui, sobre els tractaments mèdics i/o terapèutics. Restringir o retirar la capacitat jurídica pot facilitar certes intervencions com ara l'esterilització forçosa; en conseqüència, és fonamental reconèixer la capacitat jurídica de les dones amb discapacitat en igualtat de condicions amb la resta de persones, així com el dret a fundar una família i accedir de manera habitual als serveis de suport a la família.

Aquesta perspectiva ha estat, a més, evidenciada per l'informe de la **Relatoria Especial de l'ONU sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat**, abordant salut i drets sexuals i reproductius de dones i nenes joves amb discapacitat (2017). L'*informe de la Relatora Especial sobre els drets de les persones amb discapacitat* (2017), destaca que les dones s'enfronten a importants desafiaments a l'hora que prendre decisions autònomes sobre la seva salut reproductiva i sexual, i estan exposades regularment a la violència, l'abús i les pràctiques nocives, inclosa l'esterilització forçosa, l'avortament forçós i l'anticoncepció forçosa. Recorda que els Estats tenen l'obligació d'invertir en la salut sexual i reproductiva i els drets de les nenes i les dones joves amb discapacitat, i de posar fi a totes les formes de violència contra elles.

Per la seva banda, la **Resolució del Parlament Europeu, de 30 de novembre de 2017**, sobre l'aplicació de l'Estratègia Europea sobre Discapacitat (2017/2127(INI)) «reconeix que les dones amb discapacitat, especialment de caràcter intel·lectual, estan més exposades a la violència de gènere, l'assetjament sexual o altres tipus d'abusos; reconeix, a més, que la seva situació de dependència pot impedir-les identificar o denunciar l'abús; destaca la necessitat de continuar atenent l'aplicació de l'Estratègia Europea sobre Discapacitat, que preveu l'adopció de mesures preventives orientades a evitar tot tipus d'abusos i prestar un suport d'alta qualitat, accessible i adaptat a les víctimes de violència.»

Finalment, cal citar també el **Dictamen del Comitè Econòmic i Social Europeu** sobre *La situació de les dones amb discapacitat*, de caràcter exploratori, sol·licitat pel Parlament Europeu (3 d'abril del 2018. 2018/C 367/04), que menciona com a observació específica la salut i els drets sexuals i reproductius, inclòs el respecte a la llar i a l'entorn de la família.

## 6.3. Marc normatiu espanyol

### 6.3.1. Normativa estatal

Espanya ha ratificat tots els tractats clau en matèria de drets humans, drets de les dones i drets de les persones amb discapacitat. Formen part del nostre patrimoni legal <sup>79</sup>.

Pel que fa a les [referències respecte de l'AEAF](#), esdevé necessari partir de nou del **Conveni d'Istanbul**, ratificat per Espanya l'any 2014 i en vigor des de llavors. El seu **article 39** es refereix específicament a l'avortament i l'esterilització forçoses (explicats en el punt anterior).

De forma no explícita, l'AEAF pot considerar-se un àmbit del dany que provoca la violència en l'àmbit de la parella/exparella (si l'home perpetrador és aquesta figura) en la **Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere**. com ja s'ha indicat, aquest és un enfocament reduccionista de la tipologia específica de la violència reproductiva.

Juntament amb el Conveni d'Istanbul, en el marc estatal, l'AEAF es recull fonamentalment en la **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (LOSSRIVE)** i sobretot gràcies en la **Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifiquen la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**.

La Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifiquen la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, considera **violència en l'àmbit reproductiu** a «tot acte basat en la discriminació per motius de gènere que atempti contra la integritat o la lliure elecció de les dones en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, la seva lliure decisió sobre la maternitat, el seu espaiament i oportunitats» (article 2.7.)

La norma **afegeix de forma explícita l'AEAF com a** forma de violència dins de les definicions legals (article 2) i incorpora un títol III de Protecció i garantia dels drets sexuals i reproductius. Aquest títol, en el seu Capítol III de Mesures de prevenció i resposta enfront de formes de violència contra les dones en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, incorpora l'article 31 sobre

---

<sup>79</sup> A causa de l'especificitat de la matèria que ens ocupa no entrem en aquest apartat a desenvolupar el marc normatiu a l'Estat espanyol sobre la VCM en totes les seves dimensions. Es pot consultar, per exemple, l'EEVM 2022-2025 que compila aquest marc i els actualitzacions detallades a la Delegació del Govern contra la Violència de Gènere (accés).



l'actuació de les administracions públiques, que hauran de detectar i prevenir aquesta violència.

Això es:

*Article 2. Definicions.*

(...)

*8. Esterilització forçosa: Forma de violència contra les dones en l'àmbit reproductiu que consisteix en la pràctica d'una intervenció quirúrgica que tingui per objecte o com a resultat posar fi a la capacitat d'una dona de reproduir-se de manera natural sense el seu consentiment previ i informat o sense la comprensió del procediment per part seva.*

*9. Anticoncepció forçosa: Forma de violència contra les dones en l'àmbit reproductiu que consisteix en la intervenció mèdica per qualsevol via, també medicamentosa, amb conseqüències equivalents a l'esterilització forçosa.*

*10. Avortament forçós: Forma de violència contra les dones en l'àmbit reproductiu que consisteix en la pràctica d'un avortament a una dona sense el seu consentiment previ i informat, a excepció dels casos recollits a l'article 9.2.b) de la Llei 41/2002, de 14 novembre.»*

*Article 31. Actuació enfront de l'avortament forçós i l'esterilització i anticoncepció forçoses*

*1. Els poders públics vetllaran per evitar les actuacions que permetin els casos d'avortament forçós, anticoncepció i esterilització forçoses, amb especial atenció a les dones amb discapacitat. 2. Les administracions públiques, en l'àmbit de les seves competències, promouran programes de salut sexual i reproductiva dirigits a dones amb discapacitat, que incloguin mesures de prevenció i detecció de les formes de violència reproductiva referides en aquest article, per a la qual cosa es procurarà la formació específica necessària per a l'especialització professional.*

A més, la LOSSRIVE, a l'article 2 orienta els poders públics sobre la noció de **salut que s'ha de garantir a la ciutadania pel que fa als DSR:**

- Salut sexual: L'estat general de benestar físic, mental i social, que requereix un entorn lliure de coerció, discriminació i violència i no la mera absència de malaltia o dolència, en tots els aspectes relacionats amb la sexualitat de les persones.
- Salut reproductiva: L'estat general de benestar físic, mental i social, i no la mera absència de malaltia o dolència, en tots els aspectes relacionats amb la reproducció.

Per a tots dos casos, l'article 2 considera que es tracta també d'«un **enfocament integral** per analitzar i respondre les necessitats de la població, així com per garantir **el dret a la salut i els drets reproductius**». Per tant, permetria abastar l'acció sobre la VR en totes les seves formes.

Aquesta orientació es veu reforçada al Capítol II *Protecció i garantia dels drets sexuals i reproductius en l'àmbit ginecològic i obstètric* (articles 26-30), que abasten els principis d'actuació, investigació i recollida de dades, formació i elaboració de protocols.

Per la seva banda, la **Llei Orgànica 10/2022, de 6 de setembre, de Garantia de la Llibertat Sexual** fa referència a la inclusió a l'art. 32 del dret a l'assistència integral especialitzada i accessible, a l'assistència personal, com un recurs disponible per a les dones amb discapacitat amb l'objectiu d'enfortir la seva autonomia davant totes les actuacions judicials, les mesures de protecció i de suport, i els serveis per a les víctimes. És important tornar a incidir que són les dones amb discapacitat les principals víctimes de la VR en la seva tipologia AEAF.

Des de l'enfocament penal, la **Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal** recull diverses VR referides.

Al nostre **Codi Penal**, l'avortament **no consentit** es recull explícitament juntament amb altres delictes contra la llibertat, de tortures i contra la integritat moral, la llibertat i indemnitat sexuals, en concret al Títol II de l'avortament. En aquest títol, s'invalida el consentiment obtingut «mitjançant violència, amenaça o engany» i toma en compte els avortaments no segurs:

*Article 144.*

*Aquella persona que indueixi a l'avortament d'una dona, sense el seu consentiment, serà castigat amb pena de presó de quatre a vuit anys i inhabilitació especial per exercir qualsevol professió sanitària, o per prestar serveis de qualsevol tipus en clíniques, centres o consultoris ginecològics, públics o privats, per temps de tres a deu anys.*

*Les mateixes penes s'imposaran a tota persona que practiqui l'avortament havent obtingut l'anuència de la dona mitjançant violència, amenaça o engany.*

*Article 145 bis.*

*1. Serà castigat amb la pena de multa de sis a dotze mesos i inhabilitació especial per prestar serveis de qualsevol tipus en clíniques, centres o consultoris ginecològics, públics o privats, per temps de sis mesos a dos anys, aquella persona que practiqui un avortament dins dels casos contemplats en la Llei:*

*a) sense comptar amb els dictàmens previs preceptius;*

*b) fora d'un centre o establiment públic o privat acreditat. En aquest cas, el jutge podrà imposar la pena en la seva meitat superior.*

*2. En tot cas, el jutge o tribunal imposarà les penes previstes en aquest article en la seva meitat superior quan l'avortament s'hagi practicat a partir de la vint-i-dosena setmana de gestació.*

*3. L'embarassada no serà penada a tenor d'aquest precepte.*

Respecte de l'esterilització, cal assenyalar que, a Espanya, l'esterilització forçosa sobre **dones amb discapacitat** va ser legal fins a desembre de 2020, moment en què es va prohibir finalment a través de la **Llei Orgànica 2/2020, de 16 de desembre, de modificació del Codi Penal per a l'erradicació de l'esterilització forçosa o no consentida de persones amb discapacitat incapacitades judicialment**<sup>80</sup>.

Abans d'aquest canvi legislatiu aquestes esterilitzacions es permetien en base a l'article original 156 de la Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal; ja que es podien produir després d'una incapacitació judicial. Actualment, cap jutge o jutgessa ha pogut autoritzar l'esterilització forçosa en dones amb discapacitat; no obstant això, moltes víctimes han quedat pel camí.

La vigent Llei orgànica 2/2020 compta amb un article únic per suprimir el paràgraf referit, una fita històrica en forma de moviment organitzat de les dones amb discapacitat que ha incidit durant anys per tal que el nostre país s'ajusti a la Convenció de les Nacions Unides.

Pel que fa a l'avortament **selectiu com a pràctica de selecció del sexe** del bebè, l'associació d'aquesta pràctica amb la VR no figura explícitament en el nostre marc normatiu, però es convenient recordar que pot ubicar-se a l'article 2.7., com a part de la definició de violència reproductiva, de la Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

Cal assenyalar que el nostre país va ratificar el 1999 la ja mencionada **Convenció Europea per a la Protecció dels Drets Humans i la Dignitat de l'Ésser Humà en relació amb l'aplicació de la Biologia i la Medicina** (Oviedo, 1997). El cas d'Espanya se cita dins del grup de països entre els quals el diagnòstic genètic preimplantacional és legal i la selecció de sexe només és permès per raons mèdiques. En la Llei 14/2006, de 26 de maig, de reproducció humana assistida, i per la qual la selecció del sexe o la manipulació genètica amb finalitats no terapèutiques o terapèutiques no autoritzades es considera una infracció molt greu.

Finalment, pel que fa a altres **dones en situació d'especial vulnerabilitat** davant la violència reproductiva existirien diferents instruments de protecció sota la noció de VCD.

---

<sup>80</sup> BOE núm. 328, de 17 de desembre de 2020, pàgines 115646 a 115649 (accés).

Les víctimes de MGF, les dones en situació de prostitució i les dones víctimes de tracta amb finalitats d'exploració sexual tenen eines de protecció específiques<sup>81</sup> (vegeu en aquest sentit el ja mencionat estudi de la FEMP, 2023) sobre les quals poden millorar-se els indicadors relatius a AEAF (i gestació subrogada).

Quant al cas concret de les **dones migrants, refugiades i sol·licitants de protecció internacional**, la seva protecció davant les violències masclistes és en general insuficient.

La legislació d'estrangeria conté dues previsions concretes per protegir les dones estrangeres que sofreixen violència de gènere<sup>82</sup>, a més d'aquelles que resulten de la protecció davant el delicte de tracta de persones.

**La legislació d'estrangeria** conté dues previsions concretes per protegir les dones estrangeres que sofreixen VG. Les dones que arriben a Espanya en un procés de reunificació familiar obtenen un permís de residència dependent del seu cònjuge, condicionant-ne la renovació al fet que es mantingui el vincle matrimonial. Enfront de situacions de violència de gènere, la Llei Orgànica 4/2000 en article 19.2 i l'RD 557/2011 (reglament d'aplicació de la Llei d'estrangeria) a l'article 59.2, en relació amb la reagrupació familiar, permet la dona reagrupada accedir a una autorització independentment que es dicti una ordre de protecció.

En segon lloc, es preveuen autoritzacions de residència i treball per a dones que sofreixen violència de gènere, provisionals des que s'emet una ordre de protecció i permanent un cop l'agressor rep una condemna en ferm. Perquè les dones en situació administrativa irregular no es vegin dissuadides per aquesta circumstància davant el temor d'un inici d'un procediment sancionador per estada irregular, els expedients sancionadors es paralitzen en presentar-se una denúncia per violència de gènere (vegeu

---

<sup>81</sup> La Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal estableix la tipificació del delicte de mutilació genital a l'article 149.2 CP (vegeu la normativa i protocols especialitzats al web de DGVG). Per la seva banda, la tipificació del delicte de tracta d'éssers humans ve recollida a l'article 177 bis (vegeu la normativa i protocols especialitzats al web de DGVG).

<sup>82</sup> Les dones que arriben a Espanya en un procés de reunificació familiar obtenen un permís de residència dependent del seu cònjuge, condicionant-ne la renovació al fet que el vincle matrimonial es mantingui. Enfront de situacions de violència de gènere, la Llei Orgànica 4/2000, Article 19.2 i l'RD 557/2011 (reglament d'aplicació de la Llei d'estrangeria), a l'article 59.2, sobre la reagrupació familiar, permet la dona reagrupada accedir a una autorització independent en casos d'ordre de protecció. En segon lloc, es preveuen autoritzacions de residència i de treball per a dones que sofreixen violència de gènere, de manera provisional des que s'emet una ordre de protecció i de manera permanent una vegada hi ha condemna ferma per a l'agressor. Perquè les dones en situació administrativa irregular no es vegin dissuadides per aquesta circumstància davant el temor d'un inici d'un procediment sancionador per estada irregular, es paralitzen els expedients sancionadors en presentar-se una denúncia per violència de gènere.

la normativa en relació amb la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere).

Pel que fa a les dones refugiades, l'article 7 Llei **12/2009, reguladora del dret d'asil i de la protecció subsidiària**, defineix els motius de persecució que donen lloc al reconeixement de l'estatut de persona refugiada incloent **expressament les persecucions per motius de gènere** (segons s'explica al punt 4.2.2.). En aquest sentit, cal assenyalar que el Reglament pel qual es regeix<sup>83</sup> el Sistema d'Acollida de Protecció Internacional i Temporal (SAPIT) també fa referència **explícitament a la violència contra les dones** quant a:

- reconeixement de la vulnerabilitat<sup>84</sup> (art.2);
- principis generals d'actuació<sup>85</sup> (art.6);
- itinerari d'acollida (art.11)<sup>86</sup>;
- dret a «rebre una atenció integral per a la recuperació de la violència que s'hagi pogut sofrir amb anterioritat o en el context del desplaçament» (art.12);
- principis rectors (art.26), que assenyalen (f) «La prevenció de l'assetjament i dels actes de violència de gènere, inclosa la violència i l'assetjament sexuals»;
- les característiques dels Centres d'acollida de protecció internacional (art.29); que han de comptar amb punts focals de «prevenció, detecció i coordinació d'actuacions» de VCD i protocols d'actuació;
- la Formació del personal del sistema (art.30).

---

<sup>83</sup> Reial decret 220/2022, de 29 de març, pel qual s'aprova el Reglament pel qual es regula el sistema d'acollida en matèria de protecció internacional (BOE núm. 76, de 30/03/2022).

<sup>84</sup> Entre altres, s'inclouen persones menors d'edat, persones d'edat avançada, persones amb discapacitat, persones amb malalties greus, dones embarassades, mares o pares sols amb fills o filles menors d'edat, víctimes de tracta d'éssers humans, víctimes de qualsevol manifestació de violència contra les dones, persones pertanyents a grups ètnics o nacionals objecte de discriminació, persones amb problemes de salut mental, persones LGTBI+ o altres persones que hagin sofert tortures, violacions o qualsevol forma greu de violència psicològica, física o sexual, que són diferents de les tortures.

<sup>85</sup> Article 6.c) Incorporar l'enfocament de drets humans, de gènere i d'interseccionalitat en tots els programes, mesures i actuacions que es duen a terme, la qual cosa inclou el reconeixement de la discriminació i la violència que afecta específicament les dones i la prevenció i atenció a les violacions dels drets humans de les persones LGTBI+ i de les persones pel seu origen nacional o ètnic.

<sup>86</sup> Referent a la proposta de derivació a places per a persones en situació de vulnerabilitat, a altres recursos o centres no inclosos en el sistema d'acollida, s'assenyala que «Amb la finalitat de garantir l'efectiva atenció i protecció en els supòsits mencionats anteriorment i, en particular, en els casos de persones víctimes de tracta d'éssers humans, de qualsevol manifestació de violència contra les dones, o que hagin patit tortures, violacions o altres formes greus de violència psicològica, física o sexual, seran d'aplicació els protocols i mecanismes de coordinació interinstitucional i derivació que s'estableixin en aquest sentit».

L'aplicació pràctica del Reglament al sistema suposarà una millora per garantir la perspectiva de gènere i la protecció a les dones amb protecció internacional a Espanya.

En general, es pot preveure que la protecció a les víctimes d'AEAF serà similar a l'existent en matèria de VG, és a dir, que el model actual es farà extensible a totes les formes de violència contra totes les dones dins del marc institucional de lluita contra la VCD. Això es reflecteix en els esforços institucionals per desenvolupar plenament el Conveni d'Istanbul i l'extensió de serveis establert al Catàleg de referència de polítiques i serveis en matèria de violència contra les dones. I tot plegat, conforme als estàndard internacionals de drets humans aprovat per la Conferència Sectorial d'igualtat, en la reunió plenària celebrada el 22 de juliol de 2022 a Tenerife.

### 6.3.2. Referències autonòmiques

Pel que fa a la situació de l'AEAF a les diferents comunitats autònomes, es poden apreciar quatre tipus de situacions: normatives en les quals hi són presents l'avortament i l'esterilització forçosos; lleis en les quals hi ha al·lusions més o menys generals a la SSR de les dones; referències àmplies a la noció de VCD; i normes amb un àmbit conceptual de la violència de gènere molt limitat o circumscrit a la VG.

Andalusia, Catalunya, Comunitat Valenciana, la Rioja i les Illes Canàries són CA que **nombren expressament** l'esterilització forçosa (i a vegades l'avortament forçós) com una forma de violència de gènere:

- A Andalusia, la Llei 13/2007, de 26 de novembre, de mesures de prevenció i protecció integral contra la violència de gènere, a l'article 3 recull entre els tipus de violència:
  - f) La violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones, entesa com a actuacions que restringeixin el lliure exercici del seu dret a la salut sexual o reproductiva, que neguin la llibertat de gaudir d'una vida sexual plena i sense riscos per a la seva salut, el dret a decidir, el dret a exercir la seva maternitat i el **dret a no sofrir esterilitzacions forçoses**.
- A Catalunya, la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, a l'article 5 relacionat amb els àmbits de violència masclista, estableix que:
  - f) Violència derivada de conflictes armats: inclou totes les formes de violència contra les dones que es produeixen en aquestes situacions com, per exemple, l'assassinat, la

violació, l'esclavitud sexual, l'embaràs forçós, l'avortament forçós, l'**esterilització forçosa**, la infecció intencionada de malalties, la tortura o els abusos sexuals.

g) Violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones, com per exemple els avortaments selectius i les esterilitzacions forçoses.

- La Llei 7/2012, de 23 de novembre, integral contra la violència contra la dona en l'àmbit de la Comunitat Valenciana a l'article 3 punt 8 ho menciona expressament:

3.8. **Avortament i esterilització forçosos**: la pràctica d'un avortament sense el seu consentiment lliure, previ i informat, i de l'esterilització o intervenció quirúrgica que tingui per objecte o per resultat posar fi a la capacitat d'una dona de reproduir-se de manera natural, sense el seu consentiment previ i informat o sense el seu enteniment del procediment.

- Per la seva banda, en la Llei 11/2022, de 20 de setembre, contra la Violència de Gènere de La Rioja a l'article 5 sobre les formes i manifestacions de la violència de gènere ,al punt 2.f) diu:

5.2.f) La violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones i nenes, entesa com a actuacions que restringeixen el lliure exercici del seu dret a la salut sexual o reproductiva, que neguin la llibertat de gaudir d'una vida sexual plena i sense riscos per a la seva salut, el dret a decidir, el dret a exercir sobre la maternitat pròpia i el dret a no sofrir **esterilitzacions forçoses**.

- A les Illes Canàries, la Llei 1/2017, de 17 de març, de modificació de la Llei 16/2003, de 8 d'abril, de Prevenció i Protecció Integral de les Dones Contra la Violència de Gènere a l'article 3.2. en relació amb les formes de violència de gènere:

3.2. f) Violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones: s'entendrà la pràctica d'**un avortament a una dona sense el seu consentiment** previ i informat, així com el fet de practicar una intervenció quirúrgica que tingui com a objectiu **posar fi a la capacitat** d'una dona de reproduir-se de forma natural sense el seu consentiment previ i informat o sense la comprensió del procediment per part seva.

Altres CA, encara que no mencionin específicament l'AEAF, sí recullen en la seva normativa **referències a l'àmbit reproductiu** en general:

- A Aragó, Cantàbria, Castella-la Manxa i el País Basc, les seves respectives normatives recullen de manera genèrica la «*Violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones*».

A **Aragó**, la Llei 4/2007, de 22 de març, de Prevenció i Protecció Integral a les Dones Víctimes de Violència a Aragó, a l'article 2 esmenta la violència contra els drets sexuals i reproductius. A **Cantàbria**, la Llei 1/2004, d'1 d'abril, Integral per a la Prevenció de la Violència Contra les Dones i la Protecció a les seves Víctimes, s'assenyala a l'article 3. En la Llei 4/2018, de 8 d'octubre, per a una *Societat Lliure de Violència de Gènere a **Castella-la Manxa***, a l'article 4 es reconeixen manifestacions de la violència relacionades amb la violència reproductiva.

Al **País Basc**, la Llei 4/2005, de 18 de febrer, per a la Igualtat de Dones i Homes, modificada per la Llei 1/2022, de 3 de març, de segona modificació de la Llei per a la Igualtat de Dones i Homes, es recull a més la violència obstètrica; a l'article 50.3: «Constitueixen violència masclista contra les dones (...) **l'obstètrica, la vulneració dels drets sexuals i reproductius, així com qualsevol altra forma de violència que lesioni o sigui susceptible de lesionar la dignitat, la integritat o la llibertat de les dones i nenes prevista als tractats internacionals, al Codi Penal espanyol o a la normativa nacional o autonòmica. (...)**».

- En el cas de les Illes Balears, aquesta CA no inclou la VR entre les seves definicions o àmbit de la Llei 11/2016, de 28 de juliol, d'igualtat de dones i homes, però sí que reconeix entre els seus *Principis Generals* els DSR:

«reconeixement de la maternitat lliure i decidida i dels drets sexuals reproductius, a fi d'evitar efectes negatius i obstacles en el desenvolupament de les llibertats de les dones» (art. 3.e) i «El reconeixement del dret de les dones al propi cos i als drets sexuals i reproductius» (art.3.t).

Pel que fa a **Castella i Lleó, Galícia, Navarra i Múrcia**, la VR es podria incloure en la menció genèrica «qualsevol altra forma de violència» (o denominació similar) que apareix al seu articulat, i pel que fa al «menyscapte de la salut» de les dones:

- En la Llei 13/2010, de 9 de desembre, contra la violència de gènere a Castella i Lleó, a l'article 2; en la Llei 11/2007, de 27 de juliol, gallega per a la prevenció i el tractament integral de la violència de gènere, a l'article 3; en el cas de la Regió de Múrcia en la Llei 7/2007, de 4 d'abril, per a la Igualtat entre Dones i Homes, i de Protecció contra la Violència de Gènere, a l'article 40.1; a Navarra, la Llei Foral 14/2015, de 10 d'abril, per actuar contra la violència envers les dones, a l'article 3.h). En la Llei 5/2005 contra la



violència de gènere de la Comunitat de Madrid a l'article 2, per que fa a l'Àmbit d'Aplicació.

- Tant a Extremadura com a Astúries, les seves normatives no fan menció a la VR en les seves definicions (articles 4 i 2, respectivament), ni tampoc tindrien cabuda en definicions àmplies de la VG. S'assemblen, per tant, al concepte de violència de gènere que estableix la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre.

En el cas de la Llei 8/2011, de 23 de març, d'igualtat entre dones i homes, i contra la violència de gènere a **Extremadura**, cal assenyalar que es fa especial èmfasi sobre la salut en l'atenció als víctimes i en les polítiques de salut (article 61, per exemple), la qual cosa podria contribuir a l'atenció de la VR:

Art. 61.2. «Igualment, s'establiran les mesures necessàries que garanteixin, en l'àmbit territorial de la Comunitat Autònoma, la integritat física i psíquica de dones i nenes, impedit la realització de pràctiques mèdiques o quirúrgiques que atemptin contra aquesta integritat».

De forma similar, a **Astúries**, la Llei 2/2011, d'11 de març, per a la igualtat de dones i homes i l'erradicació de la violència de gènere, s'al·ludeix a «altres polítiques públiques» en la secció tercera de la norma, per exemple a l'article 20. La integració del principi d'igualtat entre dones i homes en la salut, on s'al·ludeix a la promoció de la SSR.

L'escenari autonòmic mostra un escenari molt heterogeni, la qual cosa pot donar **resultats dispars en l'atenció a les víctimes i generar inequitats territorials**. D'aquesta manera, i segons recull l'Informe GREVIO (2020), existeixen grans diferències en termes d'abast de la legislació autonòmica, **la prestació de serveis i el finançament assignada**.

### 6.3.3. Altres referències institucionals

El **III Pla Estratègic per a la Igualtat Efectiva de Dones i Homes 2022-2025** (PEIEMH) és la política pública entorn de la qual es vol promoure la igualtat d'oportunitats entre dones i homes a Espanya i tracta d'impulsar els drets fonamentals de les dones al nostre país.

Dins dels eixos en què es desenvolupa el PEIEMH, la violència reproductiva està **parcialment contemplada**, tant a l'**Eix 3 Vides lliures de violència masclista**, com a l'**Eix 4 Un país amb drets per a totes**.

**L'Eix 3 sobre violència masclista**, apareix dins de la Línia VM.1 Marc institucional: consolidant els marcs d'obligacions institucionals enfront de les diferents formes de violència masclista, entre les prioritats s'inclouen l'eliminació d'intervencions ginecològiques i obstètriques inadequades o innecessàries. També es fa referència al punt VM.1.1.3. *Definir i donar resposta a la violència en l'àmbit sexual i reproductiu*, així com a les intervencions ginecològiques i obstètriques inadequades o innecessàries en el marc de la reforma de la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i interrupció de l'embaràs. Mesures 349, 350 i 351.

**L'Eix 4 Un país amb drets per a totes**, considera al seu torn la VR en la Línia DEM.2. Salut, drets sexuals i reproductius: incorporant la igualtat de gènere i la veu de les dones en les polítiques públiques sanitàries, i garantint drets i, en concret, als punts:

- DEM.2.2. Garantir la salut i l'exercici efectiu dels drets sexuals i reproductius per a totes les dones.
- DEM.2.2.1 Proposar i aprovar la reforma de la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs per garantir l'exercici efectiu dels drets reconeguts i legislar contra la violència en l'àmbit sexual i reproductiu, per a l'eliminació d'intervencions ginecològiques i obstètriques inadequades o innecessàries, i contra l'explotació reproductiva, tot això a través d'un procés participatiu. (mesura 518).
- DEM.2.2.3. Garantir l'accés universal als serveis de salut sexual i reproductiva, i especialment a mètodes anticonceptius, a l'anticoncepció d'urgència i a la interrupció de l'embaràs de totes les dones al sistema Nacional de Salut.

Juntament amb el PEIEMH, el marc d'acció institucional sobre l'AEAF, té una doble naturalesa. D'una banda, trobem referències a les polítiques públiques en matèria de salut sexual i reproductiva i, d'una altra, a l'acció sobre la violència contra les dones.

En relació amb el primer àmbit, a nivell nacional, i quant a [l'atenció a la salut sexual i reproductiva](#), es té en compte l'**Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva (ENSRR)** (2011), el responsable de la qual és el Ministeri de Sanitat. Igualment, també es tenen en compte les actuacions de l'**Observatori de Salut de les Dones** de la Direcció General de Salut Pública, que treballa en l'elaboració de línies d'actuació comunes per a la disminució de les desigualtats de gènere en matèria de salut, entre elles dins de l'àmbit de la salut sexual i reproductiva.

**L'ENSRR desenvolupa 4 línies estratègiques:** promoció de la salut, atenció sanitària, formació de professionals i investigació, innovació i bones pràctiques. A l'ENSRR, no s'especifica l'AEAF, a excepció dels «avortaments i embarassos forçosos» vinculats a la violència sexual i el seu enfocament com a part d'una política de salut sexual integral. Es posa més l'accent en la relació entre la violència de gènere i la salut sexual i reproductiva.

El marc conceptual de l'ENSRR pertany a un marc institucional amb més d'una dècada de diferència pel que fa a l'actual i els enfocaments de treball no estan alineats amb el Conveni d'Istanbul, la ratificació del qual per part d'Espanya es remunta a l'any 2014. Tampoc amb la Llei Orgànica 10/2022, de 6 de setembre, de garantia integral de la llibertat sexual, ni amb la Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifiquen la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. En el Pla Operatiu 2019-2020 de l'ENSRR tampoc es fa referència a l'AEAF.

Cal subratllar, no obstant això, que entre els **aspectes transversals** que recollia l'ENSRR s'assenyala la **participació activa de les dones** dins del propi procés, a més de l'**accessibilitat** de la informació. L'atenció a la discapacitat també és un d'ells.

En aquest sentit, com a part de l'ENSRR es tractava d'aconseguir l'objectiu d'«assegurar una atenció adequada a les dones amb discapacitat. Oferir els mitjans estructurals i la informació necessària que permetin exercir el seu dret a decidir lliurement i de manera responsable el nombre de fills/es que desitgen, l'espaiament entre ells i la manera satisfactòria de dur-lo a terme», a més de facilitar la seva participació en el procés. Dins de l'ENSRR es recomana facilitar l'accessibilitat, disposar de protocols ajustats a les necessitats específiques de les dones amb discapacitat, fomentar la seva resiliència i autonomia, dissenyar programes específics per a elles, i crear punts de trobada amb dones que estiguin o hagin passat per la mateixa situació.

De la mateixa manera que en l'àmbit de la *violència de gènere* hi ha un marc heterogeni d'**actuació a nivell autonòmic**, en el cas de concret de la salut sexual i reproductiva succeeix el mateix, és a dir, ens trobem un panorama d'acció institucional que mostra la variabilitat territorial i això pot generar inequitats en l'atenció sanitària.

Resulta especialment rellevant, la situació de les **dones amb discapacitat i l'atenció als DRS**, en ser les principals víctimes de l'AEAF. D'acord amb l'estudi de Castellanos-Torres (2023) en

els diferents autonomies es donarien quatre tipus de situacions amb les següents diferències pel que fa als DSR de les dones amb discapacitat:

- CA que tenen recollides les especificitats de l'atenció a la salut sexual i reproductiva en dones amb discapacitat, com Andalusia<sup>87</sup>, Canàries<sup>88</sup> o Comunitat Valenciana<sup>89</sup> en les seves polítiques públiques.
- CA que han desenvolupat marcs normatius concrets relacionats amb la maternitat i la salut sexual i reproductiva, com Aragó<sup>90</sup>, Navarra<sup>91</sup>, Castella-la Manxa<sup>92</sup> i Catalunya<sup>93</sup>.
- CA que han desenvolupat Plans/Estratègies de Salut generals però on no es mencionen expressament les dones amb discapacitat en matèria de salut sexual i reproductiva, com és el cas d'Astúries<sup>94</sup>, Castella i Lleó, Extremadura, Galícia, País Basc<sup>95</sup>, Balears<sup>96</sup> i La Rioja<sup>97</sup>.

En el Pla Estratègies Alineades de la Rioja 2021-2024, dirigit a professionals per posar en comú les estratègies de salut. S'esmenta la maternitat i sexualitat en el punt 15, en relació amb la formació de matrones dins dels protocols consensuats en matèria de salut sexual i reproductiva, a més de potenciar l'educació maternal.

Una situació mixta, en el cas de Cantàbria, II Pla d'Actuació: Salut de les Dones (2008-2011) és un pla global de salut de les dones al qual s'adhereixen les necessitats en matèria de salut, sent un dels apartats de salut sexual i reproductiva. En l'àrea d'actuació 2 relacionada amb la Salut Sexual sí es contempla un objectiu directe cap a les dones amb discapacitat: *Promoure el reconeixement del dret a la sexualitat de les*

---

<sup>87</sup> Entre elles, es troba l'accessibilitat de les consultes ginecològiques.

<sup>88</sup> Programa d'Atenció a la Salut Afectiu-Sexual i Reproductiva (PASAR)

<sup>89</sup> Estratègia de salut sexual i reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021.

<sup>90</sup> Article 71 de la Llei 7/2018, de 28 de juny, d'igualtat d'oportunitats entre dones i homes a Aragó obliga als poders de la Comunitat Autònoma d'Aragó a la *Protecció de la maternitat*.

<sup>91</sup> Decret foral 103/2016, de 16 de novembre, pel qual se estableix l'ordenació de les prestacions sanitàries en matèria de salut sexual i reproductiva.

<sup>92</sup> Llei 12/2010, de 18 de novembre, d'igualtat entre dones i homes de Castella-la Manxa.

<sup>93</sup> Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Suport a l'Atenció Primària publicada el 2007 pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

<sup>94</sup> Estratègia d'atenció a l'embaràs, part, etapa neonatal i lactància materna a Astúries. Conté guies per a les bones pràctiques en l'atenció al part normal i a les cures neonatals, igual que bones pràctiques en l'etapa de l'embaràs i puerperi. No hi ha cap menció a la discapacitat.

<sup>95</sup> Té en compte el Marc Estratègic de Salut 2021-2024 en el qual es dedica un apartat dedicat a la salut sexual i reproductiva que promou una sexualitat informada i saludable, amb perspectiva de gènere i respecte a la diversitat

<sup>96</sup> Pla d'Humanització en l'Àmbit de la Salut 2022-2027

<sup>97</sup> Pla d'Estratègies Alineades de La Rioja 2021-2024, dirigit a professionals per posar en comú les estratègies de salut. S'esmenta la maternitat i sexualitat en el punt 15, en relació amb la formació de matrones dins dels protocols consensuats de salut sexual i reproductiva, a més de potenciar l'educació maternal.

*dones amb discapacitat*. No obstant això, les dones amb discapacitat no estan incloses en les accions de salut reproductiva.

- CA que tenen Estratègies/Plans específics per a persones amb discapacitat com és el cas de la Comunitat de Madrid<sup>98</sup> i la Regió de Múrcia<sup>99</sup>

Pel que fa al marc institucional referent a **la violència contra les dones**, cal fer al·lusió al **Pacte d'Estat en matèria de Violència de Gènere** (2017, prorrogat el 25 de novembre de 2022)<sup>100</sup>.

Aprovat pel ple del Congrés dels Diputats, és la referència institucional clau d'Espanya juntament amb l'Estratègia Estatal per combatre les Violències Masclistes 2022-2025 (EEVM). En el Document refós del Pacte (DGVG, 2019) apareixien les referències a l'avortament i l'esterilització forçosos a l'EIX 2. Millora de la resposta institucional: coordinació, treball en xarxa, dins del punt 2.6. Justícia i en la mesura 104.3:

*Els Grups Parlamentaris que subscriuim el present informe assenyalem la necessitat de: Declarar que són **també formes de violència contra les dones** conforme al Conveni d'Istanbul, la violència física, psicològica i sexual, inclosa la violació; la mutilació genital femenina, el matrimoni forçós, l'assetjament sexual i l'assetjament per raons de gènere, **l'avortament forçós i l'esterilització forçosa**, fins i tot en els casos en què no existeixi amb l'agressor la relació requerida per a l'aplicació de la LO 1/2004. Pertant, l'atenció i recuperació, amb reconeixement de drets específics de les dones víctimes de qualsevol acte de violència contemplat en el Conveni d'Istanbul, i no previst en la LO 1/2004, **es regirà per les lleis específiques i integrals** que es dicten a l'efecte d'adequar la necessitat d'intervenció i de protecció a cada tipus de violència. **Fins que es produeixi aquest desenvolupament normatiu, la resta de violències de gènere reconegudes en el Conveni d'Istanbul, rebran un tractament preventiu i estadístic en el marc de la LO 1/2004. Així mateix, la resposta penal en aquests casos es regirà pel que disposa el Codi Penal i les lleis penals.***

---

<sup>98</sup> L'Estratègia Madrilenya d'Atenció a Persones amb Discapacitat 2018-2022, en la seva mesura 41, estableix: «Desenvolupar un programa de sexualitat i discapacitat per proporcionar educació sexual, informar i donar suport en tots els aspectes biopsicosocials, afectius i emocionals dels usuaris, incloent la formació i la informació a famílies i professionals de totes les categories dels centres de l'Agència Madrilenya d'Atenció Social»

<sup>99</sup> Pla Regional d'Acció Regional per a Persones amb Discapacitat, 2003.

<sup>100</sup> El Pacte preveu ampliar les disposicions de la Llei Orgànica 1/2004, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere i realitzar unes sèrie de modificacions. Aquestes modificacions estan basades en el Conveni d'Istanbul i en les recomanacions del seu mecanisme de seguiment GREVIO, així com en la Recomanació General núm. 19 i Recomanació General núm. 35 de la CEDAW i les recomanacions del Consell de Drets Humans de Nacions Unides sobre la qüestió de la discriminació contra la dona en la legislació i en la pràctica. El canvi de normativa encara no s'ha dut a terme.

En tot cas, amb l'aprovació del **Catàleg de referència de polítiques i serveis en matèria de violència contra les dones conforme als estàndards internacionals de drets humans** dins de la Resolució de 16 de març de 2023, de la Secretaria d'Estat d'igualtat i contra la Violència de Gènere, per la qual es publica l'Acord de la Conferència Sectorial d'igualtat, de 3 de març de 2023, pel qual s'aprova el pla conjunt pluriennal en matèria de violència contra les dones (2023-2027) s'atén a «totes les formes de violència contra les dones» des de diverses àrees del pacte.

Aquestes àrees del pacte fan referència a:

- Àrea1. Prevenció i sensibilització enfront de totes les formes de violència contra les dones.
- Àrea2. Assistència social integral i reparació.
- Subàrea2.1. Serveis especialitzats de suport, assistència i recuperació integral. Actuació 2.1.02. Serveis d'atenció i recuperació integral, gratuïts, accessibles, segurs i confidencials, que garanteixin la intimitat i la dignitat de la víctima, per a les víctimes de totes les formes de violència contra les dones. Actuació 2.1.03. Serveis d'atenció i recuperació integral especialitzats per a fills i filles, així com nens, nenes i adolescents subjectes a la seva tutela, o guarda i custòdia de les dones víctimes de totes les formes de violència contra les dones.
- Subàrea2.3. Serveis de salut (actuació 2.3.01). S'impulsarà que des del sistema públic de salut es garanteixi la protecció a les víctimes de qualsevol forma de violència contra les dones, incloent-hi la seva gratuïtat (actuació 2.3.03).
- Àrea3. Protecció i accés a la justícia
- Subàrea3.1. Protecció actuació 3.1.02. Es promourà la seva formació obligatòria, així com la previsió de protocols d'actuació, per actuar enfront de totes les manifestacions de violències contra les dones.
- Subàrea3.2. Accés a la justícia en atenció a totes les manifestacions de violència contra les dones.

Per la seva banda, l'**Estratègia Estatal per combatre les Violències Masclistes (EEVM) 2022-2025** menciona, per primera vegada en la política nacional espanyola, les violències més invisibles i menys conegudes, encara que el seu desenvolupament posteriorment sigui molt desigual dins de les línies d'acció i mesures esperades. Un dels elements innovadors de l'estratègia és que està dirigida a **totes les violències contra les dones**.

Les «**violències en l'àmbit reproductiu**» es mencionen en el diagnòstic de situació, encara que no s'aporten dades sobre la situació nacional i a més, específicament, en relació amb les dones amb discapacitat. Es tenen en compte dones de l'apartat de Contextualització, citant l'avortament i l'esterilització forçosos com a part d'aquest tipus de violència juntament amb l'explotació comercial del cos de les dones (en relació amb la gestació subrogada). Es fa referència tant a l'AEAF com a la gestació subrogada. Igualment, l'estratègia es deté en la violència reproductiva com a part de l'atenció a les violències sexuals. Dins del paquet de mesures, la VR s'inclou a:

- L'Eix 2 sobre Sensibilització, prevenció i detecció de diferents formes de violència masclista, dins de la Línia 2.1. Ampliant la mirada a totes les violències i a totes les víctimes i supervivents: millora del coneixement de totes les manifestacions de violència masclista. I, en concret, quant a les mesures:
  - Mc63. Realització d'estudis sobre l'esterilització forçosa com a forma de violències contra les dones.
  - Mesura 66. Publicació d'investigacions sobre la incidència de les intervencions ginecològiques inadequades i innecessàries en la pràctica gineco-obstètrica, perinatals i de salut reproductiva en centres sanitaris públics i privats.
  - A part d'això, hi ha varies mesures relacionades amb la sensibilització i la prevenció en l'àmbit dels drets reproductius (Mesures 87, 137, 138).
- L'Eix 3 sobre Protecció, seguretat, atenció i reparació integral, dins de la Línia 3.6. Garantint la reparació individual i integral, en la Mesura 233. Garantia de protecció del dret de totes les víctimes a un tractament terapèutic, social i de salut sexual i reproductiva.

Finalment, pel que fa al **marc autonòmic d'erradicació de les violències masclistes**, tal com es recull en el Primer informe d'avaluació Espanya emès per GREVIO (2020), existeixen grans diferències entre les Comunitats Autònomes. Sobretot en la implementació de les polítiques públiques tal com se recull en el Conveni d'Istanbul.

Malgrat les diverses mesures de coordinació adoptades institucionalment, no es garanteixen nivells comparables de protecció i suport de manera global a les diferents formes de violència de gènere a les quals poden estar exposades les dones. I, en

particular, les dones amb discapacitat. Això és especialment rellevant en el cas de les formes de violència que es produeixen fora de l'àmbit de la parella i exparella, com pot ser el cas de les violències en dones amb discapacitat en l'entorn familiar o del personal d'atenció.

L'Informe GREVIO alerta que són poques les comunitats autònomes que ofereixen serveis especialitzats per a víctimes d'agressió sexual i violació<sup>101</sup>, i existeixen encara menys serveis especialitzats de suport per a dones en risc de sofrir violència reproductiva.

Assenyala que les polítiques públiques i els recursos d'atenció enfront de la violència contra les dones al nostre país han anat dirigits principalment al context de la parella o exparella, d'acord amb el concepte de violència de gènere que recull la Llei Integral 1/2004, desenvolupant en menor mesura accions enfront de la resta de violències incloses en el Conveni d'Istanbul.

Davant la manca de polítiques integrals per a l'abordatge d'aquestes altres formes de violència, la resposta institucional a nivell autonòmic ha estat dispar, mancant d'una perspectiva centrada en les víctimes i en la coordinació interinstitucional. Aquesta situació es fa més palpable quan es busca facilitar la interacció entre el conjunt de professionals que intervenen enfront de la violència reproductiva. De la mateixa manera, sembla estar més limitada la recollida de dades, la sensibilització i la formació a professionals sobre aquestes altres formes de violència que es produeixen fora de l'àmbit de la parella o exparella (GREVIO, 2020).

L'Informe GREVIO (2020) assenyala com a tasca fonamental per a la política pública la **inversió en serveis que atenguin la violència reproductiva** recollida al Conveni d'Istanbul, que les víctimes comptin amb l'assessorament, el suport psicològic a llarg termini i una atenció centrada en les víctimes, sensible a les experiències traumàtiques de primera necessitat (GREVIO, 2020).

---

<sup>101</sup> CIMASCAM a la Comunitat de Madrid, AMUVI (associació) a Andalusia, Centre de Crisi a Astúries i el de l'Ajuntament de Madrid. Segons l'informe GREVIO (2020) de les 17 CA, només 7 d'elles compten amb un servei especialitzat dirigit a les víctimes d'agressió sexual i violació, deixant així desatessa una gran part d'Espanya, amb les zones rurals en particular.



## 7. AEAF: Mapatge de l'atenció a les dones víctimes

### 7.1. La intervenció de les EL

#### 7.1.1. Accions locals en matèria de VCD

Les entitats locals que han pres part en l'enquesta tenen **diferents trajectòries en l'atenció a la violència contra les dones (VCD)** i pertanyen a totes les Comunitats Autònomes. Pot veure's la distribució territorial dels participants en l'enquesta en la il·lustració inferior.

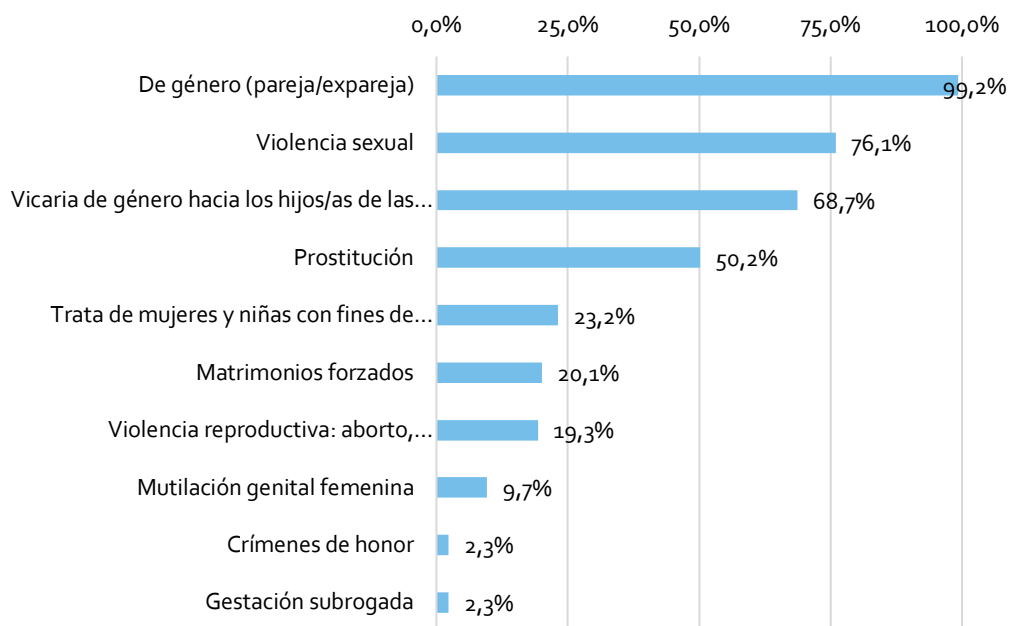
Hi ha ajuntaments pioners amb actuacions en matèria d'igualtat de la dona que data de 1980 i també entitats locals que van començar les seves polítiques més recentment, gràcies sobretot al PECVG. D'acord amb les dades recopilades a l'enquesta a EL, l'inici de les actuacions se situa de mitjana en l'any 2005.

Amb independència del temps que porten actuant, les EL **han centrat el seu treball en les violències que han comptat amb major coneixement i visibilitat institucional** dins del seu marc territorial. De manera uniforme, sobretot, i quant a la *violència de gènere (VG)*, és a dir, la violència dels homes contra les dones en les relacions de parella/exparella.

Es pot distingir entre les EL que (amb motiu del seu treball) tenen coneixement sobre diferents violències (vegeu gràfic 3) i el fet de proveir de serveis d'atenció a les víctimes d'aquestes violències (gràfic 4), que se centra en la violència de parella i la violència sexual fonamentalment.

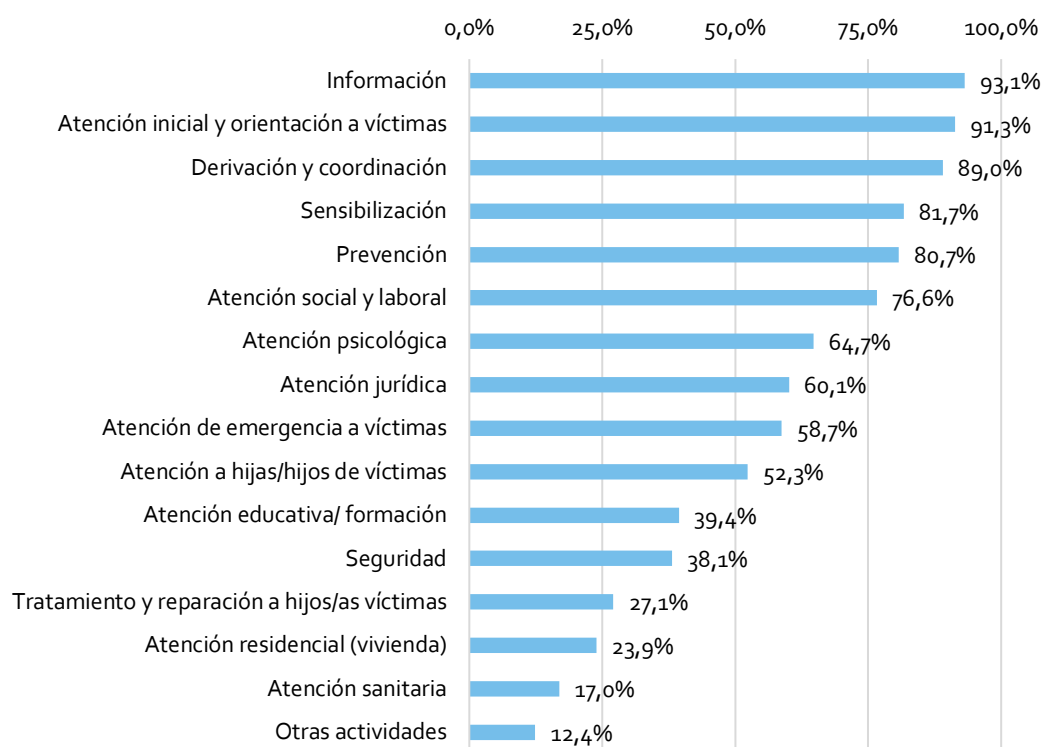
Les accions en matèria de violència, tant d'atenció a víctimes com d'un altre tipus (sensibilització, prevenció, coordinació) es realitzen tant des de les àrees d'igualtat com des dels serveis socials comunitaris, quan aquestes primeres no estan dotades de recursos humans, o no existeixen encara. El 91,4 % de les EL tenen algun tipus d'atenció directa a les víctimes (vegeu gràfic 4). **El 89,2 % de les entitats enquestades formaven part d'ATENPRO.**

Gràfic 3. EL: Violències que sí s'han pogut conèixer en el desenvolupament del treball a l'entitat local



Red2Red, 2023. Enquesta en entitats locals sobre altres formes de violència contra les dones.

Gràfic 4. EL: Actuacions que es realitzen en l'actualitat amb les víctimes de violència (en general)



Red2Red, 2023. Enquesta a entitats locals sobre altres formes de violència contra les dones

Només el **63 % de les EL té un pressupost** específic per a l'acció local en matèria de lluita contra la VCD. Encara menys entitats (**el 48 %**) desenvolupa la seva feina a partir d'una **planificació estratègica** (local o regional). No obstant això, els plans marcs d'actuació són molt diversos i alguns no són específics de VCD. D'aquesta manera, les referències abasten des de plans contra la violència de gènere o diferents VCD, fins a plans d'igualtat d'oportunitats entre dones i homes, o referències a VIOGEN, al PECVG o plans estratègics de serveis socials.

Pel que fa a **mecanismes de coordinació** de la política local en matèria de VCD, les EL tenen recursos diversificats: protocols d'atenció a les víctimes, protocols de coordinació institucional i taules o protocols de seguiment. No obstant això, el seu ús varia d'un tipus de violència a un altre (vegeu taula 4). Sent la violència en l'àmbit de la parella i la violència sexual els tipus de violència que generen un major nombre de procediments en les entitats locals; i la MGF, els matrimonis forçosos i la prostitució, les violències que impliquen menys protocols d'atenció i coordinació (vegeu taula 4).

En general, hi ha una major sistematització en els procediments d'atenció a les víctimes (protocols d'atenció), certa coordinació institucional de recursos i agents, i poca coordinació en el seguiment del fenomen i l'evolució dels casos a mitjà i llarg termini.

Taula 4. EL: Disponibilitat de protocols sobre violència contra les dones

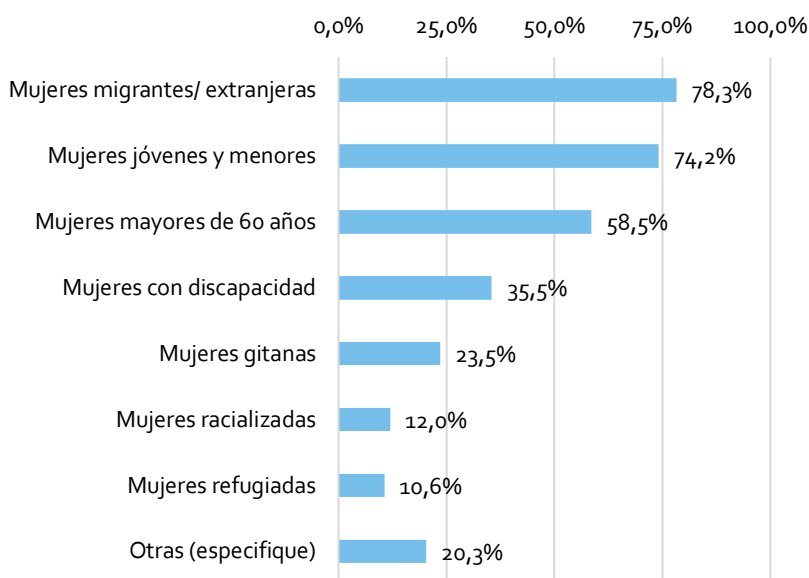
	Protocol d'atenció víctimes	a Protocol de coordinació	Taula o mecanisme de seguiment
<b>VG parella/ exparella</b>	82,8 %	81,6 %	73,9 %
<b>Vicaria (fills/es)</b>	56,1 %	58,8 %	52,3 %
<b>V. Sexual</b>	58,8 %	53,7 %	46,2 %
<b>Prostitució</b>	26,2 %	24,4 %	17,2 %
<b>Tracta amb finalitats d'explotació sexual</b>	24,8 %	17,3 %	16,2 %
<b>MGF o matrimonis forçosos</b>	16,2 %	17,5 %	12,8 %

Red2Red, 2023. Enquesta a entitats locals sobre altres formes de violència contra les dones.

La vulnerabilitat davant la violència, i el sentit de ser o no víctima, és diferent per a cada dona i es construeix de manera sociorrelacional (Guilló Girard, 2018). Això depèn de diferents factors, entre ells, certes situacions de discriminació (a més de la de gènere) a les quals s'ha de fer front; per exemple, en funció de l'edat, la (dis)capacitat, l'ètnia, la racialització, la classe social, etc.

Treballar des de l'enfocament de la diversitat afavoreix visibilitzar les dones des d'un punt de vista plural i individualitzar millor els processos d'atenció segons les seves necessitats. En aquest sentit, es va preguntar a les EL pels perfils de dones que atendien els serveis d'atenció a la violència masclista. A totes les EL hi és present **la diversitat de col·lectius de dones** (vegeu Gràfic 5); no obstant això, l'aplicació de la interseccionalitat està encara absent de gairebé el 30 % de les àrees o serveis locals.

Gràfic 5. EL: Grups de dones o vulnerabilitats estan més presents en l'enfocament de treball actual de l'entitat.



Red2Red, 2023. Enquesta a entitats locals sobre altres formes de violència contra les dones.

En general, la **valoració de l'aplicació de l'enfocament de gènere interseccional** en el treball de l'Àrea o servei per part de les EL mostra una autoapreciació alta pel que fa al seu acompliment. En una escala de quatre nivells (0-3), el 24,2 % considera que aplica aquest enfocament totalment i el 4,6 % se situa en un nivell 2 (bastant), i la resta de les EL es posiciona en poc (nivell 1) 24,2 % i 5,6 % en res (nivell 0).

### 7.1.2. EL: Experiències d'atenció en AEAF

**El 29 % dels i les professionals d'entitats locals que han contestat l'enquesta desconeix** en què consisteix l'avortament, l'esterilització i l'anticoncepció forçosos (AEAF).

El 71 % diu que coneix les característiques d'aquesta violència reproductiva (VR). No obstant això, només el 18,5 % de tots aquests professionals afirmen que les han conegut amb motiu de la seva feina en l'àmbit local.

El 9 % del personal tècnic que ha contestat l'enquesta afirma disposar d'algun tipus d'actuació en AEAF, encara que en general estan associats a la violència sexual o de parella.

Gairebé en la seva totalitat es tracta de casos de violència sexual i de VG en l'àmbit de la parella/exparella que tenen una dimensió de mal reproductiu. És a dir, els casos que es detecten actualment per part de les EL no estan referits específicament a la

particularitat de l'AEAF. Es tracta d'una **violència molt poc visible per als i les professionals dels recursos públics**.

A causa d'aquest context, **no hi ha protocols d'atenció específics a les víctimes d'AEAF**; tampoc es diferencia entre actuació d'emergència i atenció general.

No obstant això, al voltant del 2 % dels EL sí que consideren que l'atenció a la VR s'inclou en els seus protocols d'atenció a les víctimes i de coordinació institucional de la violència masclista, ja que s'associa a les conseqüències de la VG i la VS.

En general, la disposició de les EL en aquest sentit es resumeix amb la següent aportació qualitativa a l'enquesta d'una de les entitats locals participants: «s'atén a totes les dones víctimes de violència masclista, sigui quina sigui la forma de violència. Tots els recursos del servei estan a disposició de totes les víctimes, independentment del tipus de violència viscuda».

En la mostra, no s'ha identificat **cap recurs especialitzat** diferent dels assimilables a la tipologia de centres d'atenció a la dona, punts de violència o centres d'atenció a la violència sexual. Les EL consideren que aquests són els dispositius de referència en cas d'AEAF. Quan s'han detectat casos de VR (tal com els entenen actualment les EL), s'ha treballat amb l'enfocament de la coordinació i derivació; amb recursos bé locals o bé supralocals.

Pel que fa al **treball que es realitza amb recursos locals**, es diferencien quatre lògiques de funcionament en les EL:

1. La primera d'elles i més freqüentment és la de professionals que atenen i deriven als recursos d'igualtat generalistes dels seus municipis (centres o Serveis d'atenció a la dona, oficina d'informació a la dona, etc.).
2. En segon lloc, aquelles en què incorporen en els seus serveis d'atenció i derivació els serveis d'atenció específica en violència contra les dones en qualsevol de les seves formes, per a una atenció el més integral possible.
3. En tercer lloc, i en menor mesura, aquelles que deriven a l'assessorament del centre de salut local. En aquesta línia, i de manera més específica, només dues de les EL assenyalen expressament la derivació als Centres i/o Programes d'Atenció Sexual i Reproductiva.
4. En quart lloc, de manera residual, es deriva a les víctimes als serveis socials.

Sobre els **recursos propis amb els quals es coordinen**, principalment ho fan amb l'Àrea d'igualtat i els centres municipals d'informació de les dones, i els propis equips d'atenció integral a la violència de gènere. A més dels serveis socials de zona, amb els centres sanitaris d'atenció primària i especialitzada, centres d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, amb Policia Local i en menor mesura amb els serveis de joventut i centres educatius. Hi ha altres recursos que són referenciats com els Jutjats, Fiscalia, organismes autonòmics d'igualtat, equips de VIOGEN, Oficina d'Assistència a les Víctimes de Delictes; així com amb el teixit associatiu.

Pel que fa als recursos **supralocals de referència** per als casos d'AEAF, aquests són principalment de l'àmbit **sanitari** (centres de salut i hospitalaris, o ONG com, per exemple, Mèdics del Món) i també específics d'unitats de **salut sexual i reproductiva**. Sense oblidar que també es mencionen els serveis especialitzats en VCD i violència sexual quan aquests no estan disponibles en l'àmbit local.

### Experiències d'interès

Les experiències locals **se centren en la promoció de DSR i la prevenció de la violència sexual i de gènere**. No s'han detectat en l'exploració actuacions especialitzades en AEAF però sí hi ha pràctiques que les inclouen. D'aquesta manera, s'ha considerat d'interès fer referència a les següents experiències.

Des de les EL s'han implementat programes de salut sexual i reproductiva, dirigits en els seus orígens (anys 80) principalment a adolescents i joves, amb l'enfocament de la promoció de la salut sexual (planificació familiar) a través dels centres municipals de salut i l'educació sexual als centres educatius. Des dels departaments de joventut i amb diferents denominacions s'han anat creant serveis d'«assessoria jove» (assessoria afectivo-

sexual, infosex, Asexeria, assessoria sexològica, joves-sex, etc.).

En les pràctiques actuals, cal assenyalar el Programa de Salut sexual i reproductiva *Vivències sanes i plaents de les diversitats sexuals* de l'**Ajuntament de Madrid**<sup>102</sup> en el marc de l'estratègia «Madrid, una ciutat saludable, 2020-2023». Es dirigeix a promoure la SSR, la prevenció d'embarassos no planificats/ni desitjats i dificultats associades a les sexualitats (ITS, disfuncions sexuals, discriminació i

---

<sup>102</sup> Ajuntament de Madrid (accés).

violència sexual i de gènere). Obert a tota la ciutadania, la «població objectiu preferent» són persones menors de 25 anys i a persones en situació de vulnerabilitat social (incloent *persones amb diversitat funcional*). Inclou el treball amb professionals de l'àmbit docent, sanitari i de mediació social que treballen amb aquests col·lectius. No aborda de manera expressa la VR però sí que desenvolupa objectius específics enfront de la prevenció i atenció de la violència sexual.

L'**Ajuntament de Barcelona** disposa des de l'any 2014 de l'*estratègia compartida de salut sexual i reproductiva (ESSIR)*<sup>103</sup>, que és un marc d'actuació participat fonamentat en múltiples aliances agents per impulsar la

protecció, el respecte i la garantia dels DSR. El mapeig d'actius en salut menciona els Programes de prevenció de les relacions abusives en dones i nenes amb discapacitat, i pren en consideració la vulnerabilitat de les persones amb discapacitat.

El municipi de **Los Realejos** (Santa Cruz de Tenerife) porta des de 1998 treballant a través del Pla Municipal d'Educació Afectivosexual<sup>104</sup> per afavorir que la població visqui les seves relacions afectives i sexuals de manera positiva, responsable i no discriminatòria. Des de l'any 2013 desenvolupa el projecte «Construint sexualitats» amb l'Associació Sexualitat i Discapacitat Canàries.

## 7.2. Organitzacions especialitzades: Atenció AEF

### 7.2.1. Característiques de les entitats

L'enquesta a organitzacions i persones expertes va obtenir un total de 73 respostes, si bé la manca d'experiència pràctica en l'atenció a víctimes ha evidenciat que són molt poques les organitzacions que tenen recursos especialitzats en VR.

**El 94,4 % tenia algun tipus de servei d'atenció** a dones víctimes de violència. El 7,9 % presta algun servei d'àmbit local relacionat amb ATENPRO.

L'àmbit d'actuació de les organitzacions és divers, tant en el tipus **d'acció territorial** que realitzen (estatal 42,3 %, autonòmic 32,4 %, provincial 15,5 % i local 19,7 %), com pel tipus de violències masclistes a què es dirigeixen les seves actuacions.

---

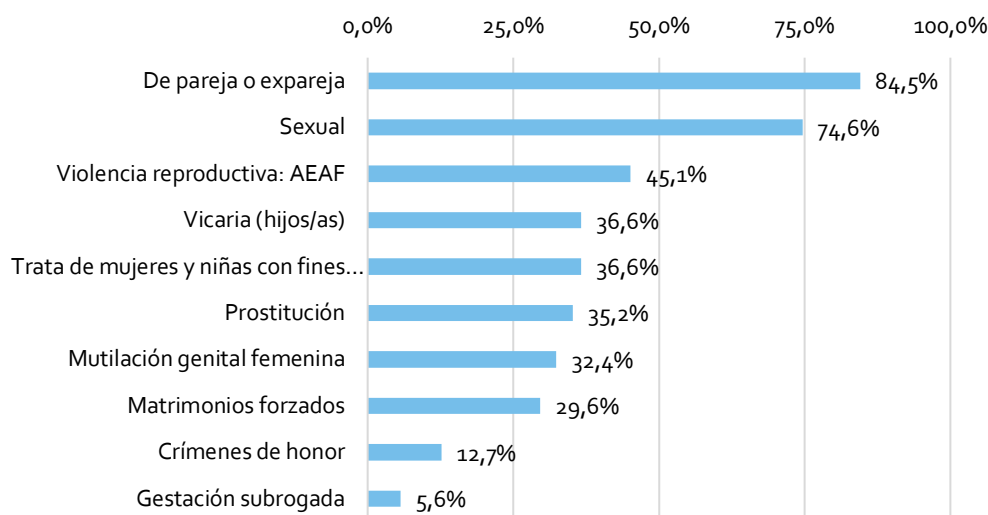
<sup>103</sup> Ajuntament de Barcelona (accés).

<sup>104</sup> Ajuntament de Los Realejos (accés).



Com en el cas de les EL, l'atenció se centra sobretot en **la violència de parella i la violència sexual** (en diferents manifestacions) i, a causa de la presència d'entitats de discapacitat, a l'atenció a les dones amb discapacitat víctimes d'AEAF (vegeu Gràfic 6).

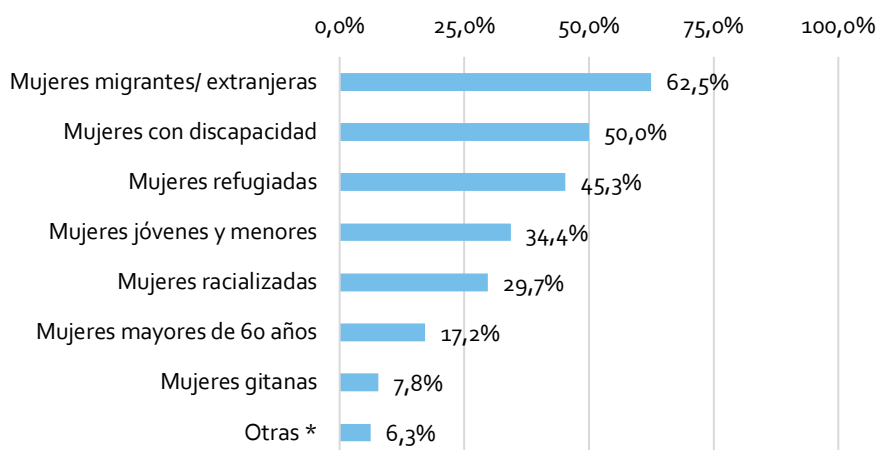
Gràfic 6. Experiència de l'organització en tipus de VCD



Red2Red, 2023. Enquesta a persones i organitzacions expertes sobre violència reproductiva (N=73)

L'autopercepció del grau d'**integració de la interseccionalitat** en l'enfocament de gènere és total (50 %) per a la meitat de les professionals enquestades, bastant per al 35,9 % i poc per al 14,1 %. La diversitat de col·lectius de dones i la presència de dones vulnerables és clara en el treball de les entitats especialitzades. Els **grups de dones o vulnerabilitats** que estan més presents en el treball actual de l'entitat es recullen en el Gràfic inferior.

Gràfic 7. Organitzacions especialitzades: grups de dones o vulnerabilitats més presents



Red2Red, 2023. Enquesta a persones i organitzacions expertes sobre violència reproductiva (N=73)

Nota: (\*) dones i nenes amb discapacitat en l'entorn rural; dones amb problemes de salut mental; dones de l'entorn de l'exclusió social; dones migrants i refugiades sordes amb discapacitat.

### 7.2.2. Actuacions en matèria d'AEAF

Només el **28,7 % de les organitzacions especialitzades va assenyalar tenir coneixement expert o disposar d'algun tipus d'actuació** en matèria d'AEAF (21 organitzacions d'un total de 73).

Se tracta fonamentalment d'entitats del moviment/atenció a la discapacitat o dona i discapacitat, encara que també organitzacions expertes en gènere i salut, drets de les persones migrants i refugiades i drets humans. El seu expertise fonamental es troba, com en el cas de les EL, en l'atenció a la VS i la VG; per això, els casos de violència reproductiva són detectats amb freqüència (encara que no exclusivament) a partir de la detecció de la violència inicial amb la qual se la relaciona.

Tenint en compte que les **principals afectades d'AEAF són les dones amb discapacitat**, les professionals de l'àmbit manifesten que arriben pocs casos directes, malgrat que la majoria sospita que hi ha moltes esterilitzacions o avortaments forçosos.

Una dificultat del treball de camp posterior, qualitatiu, ha estat el secretisme i inclou reticència d'algunes professionals contactades al llarg de l'exploració de camp; ja que la pràctica de l'esterilització suscita diferents posicionaments i polèmica fins i tot dins del propi moviment de la discapacitat.

Les organitzacions participants en l'enquesta **no porten un procediment de registres dels casos d'AEAF detectats ni realitzen mesuraments** de la prevalença entre les seves usuàries. En aquest sentit, les entitats indiquen que atenen entre 1 i 20 dones l'any. La percepció subjectiva de les entitats és que, potser, més de la meitat de les usuàries (de més de 50 anys) estaria esterilitzada i gairebé totes les dones joves amb discapacitat experimentarien l'anticoncepció forçosa.

En referència al tipus **d'activitats que es realitza pel que fa a l'AEAF, no hi ha una tipologia estàndard de serveis**. En general, es desenvolupen actuacions de prevenció, informació, sensibilització, derivació i coordinació, i en alguns casos d'atenció directa: orientació, atenció psicològica i d'atenció jurídica a les víctimes.

Entre les experiències implementades destaca el **suport sociolegal** a dones víctimes amb paràlisi cerebral, ja que es constata que hi ha més casos d'abús sexual i

esterilitzacions forçoses en dones amb paràlisi cerebral que en el cas dels homes<sup>105</sup>. També s'ha assenyalat l'existència d'unitats interdisciplinàries d'assistència a dones amb discapacitat o discapacitat sobrevinguda víctimes de VG. Aquestes unitats presten cobertura psicosocial, informació, acompanyament i assessorament per fer front a situacions de violència, les seves seqüeles i la prevenció de nous episodis.

En l'atenció a les víctimes **no es diferencia l'atenció d'emergència**. No obstant això, d'acord amb l'experiència de les organitzacions, **una situació de crisi** en les víctimes d'AEAF estaria relacionada amb diverses situacions:

- Sanitàries; pel que fa als efectes secundaris de les pràctiques a les quals són sotmeses o per manca d'un seguiment mèdic adequat o absència d'atenció ginecològica reparadora.
- De seguretat; en relació amb els moments en què terceres persones planifiquen una acció d'AEAF sobre la víctima.
- Comunicativa; a causa de la manca de mitjans o suports per comunicar-se directament amb la víctima; sobretot en el cas de dones amb discapacitat amb grans necessitats de suport.

Pel que fa als procediments d'atenció, **no s'han indicat protocols** dirigits a l'atenció a les víctimes per a la intervenció integral.

Es considera que els protocols haurien de ser similars als existents en VG, en el sentit d'abastar els mateixos recursos. No obstant això, sí s'ha considerat, per part de les organitzacions enquestades, que **per facilitar la petició d'ajuda** i la formulació de demandes per part de les víctimes és necessari tenir en compte diverses qüestions en la intervenció amb les dones víctimes de violència (DV):

- Informació permanent sobre DSR.
- Garantia d'accessibilitat universal (física, cognitiva i cultural).
- Credibilitat a la víctima (trencant amb l'estereotip sobre la discapacitat que presenta, els orígens culturals, l'antigitanisme, etc.).

---

<sup>105</sup> Barreres de tipus comunicatiu que es troben les dones amb paràlisi cerebral; la majoria té disàrtria (dificultat a l'hora d'articular paraules), fet que provoca que en contextos aliens al seu cercle personal no se les entengui. Per garantir la comunicació bidireccional s'empra comunicació augmentativa.

- Comunicació eficaç i consentiment per a la intervenció. Comptar amb suports comunicatius (ex. logopedes), mediació cultural (ex. antropòlogues), o altres recursos per a la comunicació directa amb les víctimes i no a través d'altres tipus de terceres persones. Tenir sempre present la vergonya i els tabús associats a la VR.
- Respectar els temps que marca la pròpia víctima en la intervenció; ja que no es té suficient expertise en procediments estandarditzats pautats amb les dones víctimes.

En relació amb els **protocols d'atenció, o de coordinació institucional i/o taules o protocols de seguiment** sobre VR, no se n'ha indicat l'existència a excepció de dues entitats que estan en procés d'elaboració de protocols.

D'una banda, pel que fa a la derivació de casos d'AEAF des de l'Administració envers l'entitat especialitzada, i d'altra banda, en relació amb pautes per a professionals sanitaris encaminat a garantir el consentiment lliure i informat per part de la dona davant l'esterilització.

En relació amb la **coordinació amb altres recursos** locals (públics o privats), cap organització treballa amb recursos especialitzat en AEAF i indiquen que no existeixen. De fet, ho fan amb un altre tipus de recursos més generalistes: bé de violència de gènere o bé de discapacitat. En part, moltes d'aquestes entitats suposen ser «el recurs» especialitzat.

A nivell local es treballa amb la xarxa de centres d'atenció especialitzada per a DV que corresponguin a la seva Comunitat autònoma, amb associacions de dones, de dona i discapacitat, o amb els centres d'atenció integral a víctimes d'agressions i/o abusos sexuals.

En el cas de les **dones sol·licitants de protecció internacional**, cal mencionar l'existència incipient del Protocol d'Actuació de Violència sobre Gènere del Ministeri d'Inclusió, Seguretat Social i Migracions, i d'ACNUR. La seva aplicació s'està realitzant a través d'un projecte d'implementació que es desenvolupa juntament amb diverses ONG. No obstant això, no inclou de moment la violència reproductiva en cap de les seves formes.

Malgrat això, en cas de constatar-se la consideració de la dona com a *víctima de violència de gènere* (amb independència de la seva tipologia), li permetrà accedir als recursos i serveis previstos en el protocol i millorar-ne la protecció per part de l'Estat espanyol. De la mateixa manera, se solen emprar protocols per a la detecció i actuació

d'altres violències<sup>106</sup>, com són les relatives a MGF, matrimonis forçosos i tracta amb finalitats d'explotació sexual<sup>107</sup>.

A través de la unitat de violència de gènere del Ministeri d'Inclusió, es pot sol·licitar una plaça dins dels Programes per a l'atenció a persones sol·licitants i beneficiàries de Protecció Internacional, de l'Estatut d'Apàtrida i de Protecció Temporal, específica per a víctimes/supervivents de violència de gènere. També a través de les unitats territorials, es pot accedir a plaça d'emergència per a aquestes dones, sense necessitat d'interposar denúncia.

### Experiències d'interès

Pel que fa a les [organitzacions de dones amb discapacitat i d'atenció a la discapacitat](#), aquestes tenen una àmplia trajectòria en la promoció dels DSR de les dones, incloent el suport a la maternitat i el treball sobre els esterilitzacions a dones amb discapacitat.

En el treball de camp, s'han identificat nombroses pràctiques **sobre DSR**, algunes d'informació i sensibilització, i altres d'atenció. Les següents suposen una mostra d'interès.

En relació amb organitzacions d'àmbit **estatal**, cal fer referència a algunes entitats com: Fundació CERMI Dones, Confederació Plena Inclusió Espanya, Associació Sexualitat i Discapacitat, Associació Espanyola per a la Salut Sexual, Confederació Salut Mental Espanya, Associació Liber entitats de suport a la presa de decisions, Confederació ASPACE, CEMUDIS (Confederació de dones amb discapacitat), Federació de Matrones, Fundació ONCE, Confederació Estatal de Persones Sordes, Confederació Autisme Espanya, CEPAMA, Comitè per a la Promoció i Suport de la Dona Autista,

Associació Nacional de Salut Sexual i Discapacitat.

En general, en l'àmbit **autonòmic**, les referències són les de: Plena Inclusió Madrid, Plena Inclusió Comunitat Valenciana, Plena Inclusió Extremadura, Plena Inclusió Castella i Lleó, Plena Inclusió Múrcia, Plena Inclusió La Rioja, Fundació APROCOR (Madrid) CERMI Regió Múrcia (Comissió Dona), CERMI Andalusia (Comissió Dona), CERMI Madrid (Comissió Dona), CERMI Comunitat Valenciana, CERMI Castella-la Manxa, CERMI Extremadura, Down Catalunya, ACADAR Associació de Dones amb Discapacitat de

---

<sup>106</sup> Vegeu el web de la DGVG on s'ofereix una compilació instruments de detecció i acció.

<sup>107</sup> Vegeu els estudis promoguts per la FEMP en aquest sentit (2023).

Galícia, Luna Andalucía Federació d'associacions per a la promoció de dones amb discapacitat, FAMDISA Federació d'Associacions de dones amb discapacitat a Andalusia, AMUDIS Associació de dones amb discapacitat Castella i Lleó, Fundació A LA PAR (Madrid), FESORD Comunitat Valenciana, CODISA PREDIF Andalusia, CoordiCanarias (Coordinadora de Persones amb discapacitat física de Canàries).

Pel que fa a **experiències locals**, s'han considerat d'interès les següents: Amanixer - Associació aragonesa de dones amb discapacitat (Saragossa), Associació Dones No Estàndards (Barcelona), AFANIAS Madrid, APSA (Alacant), Fundació Vicki

D'altra banda, cal destacar, en el cas de les **dones migrants, sol·licitants de protecció internacional i refugiades**, l'existència de protocols de detecció de diferents tipus de violència en l'àmbit de la parella/exparella i altres violències per part de diverses ONG i també actuacions en matèria de sensibilització i protecció dels DSR de les dones migrants i refugiades a Espanya.

Entitats com ACCEM i CEAR tenen protocols per a la detecció i prevenció i procediments d'atenció. En el cas d'**ACCEM**, es dirigeixen a professionals, voluntariat i usuaris/àries. Pel que fa a l'atenció, es fa seguiment del cas identificat per part d'un equip interdisciplinari, per al qual s'utilitza un informe social com a eina de recollida d'informació i seguiment. El servei jurídic de protecció internacional va elaborar el 2021 materials formatius sobre violències masclistes amb l'objectiu

Bernadet (Barcelona i Saragossa), Xarxa dones amb discapacitat (València), AFAEMO, Associació de familiars i amics/gues de persones amb trastorns mentals de Moratalaz (Madrid), Más Mujer- Associació de dones amb discapacitat física i orgànica de la Regió de Múrcia, Associació Paz y Bien (Sevilla i Huelva), Sexualitat Funcional (València), GORABIDE Associació biscaïna a favor de les persones amb discapacitat intel·lectual, ASPAYM Madrid, COCEMFE Alacant, AFEMAGRA Salut Mental Granada, AFESOL Associació de Famílies i Persones amb Malaltia (Màlaga), Fundació Esfera (Madrid).

d'ampliar la visió i concepció de violències que puguin sofrir les dones pel fet de ser-ho i millorar la detecció i atenció de necessitats de protecció internacional per motius de gènere.

S'ha establert igualment una pràctica de col·laboració entre ACCEM i Metges del Món a Canàries, mitjançant la qual, quan es detecta un cas de violència sexual (especialment MGF) s'elabora un informe per part de Metges del Món que servirà per a l'obtenció de protecció internacional.

S'ha desenvolupat un Conveni amb el Centre de Crisi per a Víctimes d'Agresions Sexuals d'Astúries per tal d'oferir serveis d'interpretació i traducció davant de casos de violències masclistes. Les professionals intèrprets també són mediadores culturals amb formació en gènere gràcies a un altre programa d'ACCEM «mediadores en igualtat».

**ACNUR** ha liderat el **Projecte Llavor**, per a la implementació del Protocol d'Actuació de Violència sobre Gènere del Ministeri d'Inclusió, Seguretat Social i Migracions amb la col·laboració del propi MISSI i les ONG que formen part del SAPIT. En les seves conclusions, es preveu l'ampliació a totes les formes de VCD.

En l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, destaca el programa «Salut entre cultures»

de l'**Hospital Ramón y Cajal de Madrid**, la línia en matèria de «**Salut Entre Dones**» del qual busca crear un espai d'educació per a la salut, adaptat tant culturalment com lingüísticament. Treballa els DSR, inclosa la violència, entre altres activitats, i ofereix un servei de «psicologia transcultural».

El **Projecte RAISA, de Farmamundi**, es desenvolupa en col·laboració amb l'**Ajuntament de Barcelona**, des d'on s'afavoreix l'accés al sistema sanitari i es presta atenció a dones migrants en l'àmbit de la salut i els DSR, així com per a la prevenció i erradicació de la violència.

En aquesta mateixa línia es desenvolupa la campanya «**TU IMPORTES. La teva sexualitat és important**» dirigida a dones migrants de la **UNAF**.

### 7.3. Anàlisi de les pràctiques consultades

Tal com s'ha explicat, **l'acció sobre l'AEAF és poc específica, a excepció d'algunes entitats que treballen amb dones amb discapacitat.**

La majoria d'experiències que existeixen al nostre país són realitzades per organitzacions no governamentals de l'àmbit de la discapacitat i alguns recursos públics de salut (salut mental o salut sexual i reproductiva). Els serveis especialitzats en igualtat i lluita contra la violència contra les dones (VCD) no estan liderant aquest tipus de línies d'acció.

Tal com s'explicava en la metodologia, les 7 pràctiques que s'han analitzat aporten expertise, sobretot, en el treball sobre VCD i discapacitat. Malgrat que no totes se centren en AEAF (a causa de la manca de pràctiques especialitzades), sí permeten conèixer millor les característiques de l'atenció a la violència reproductiva quan està associada a VG i VS. Sobretot,

ens permeten atendre criteris d'actuació i accessibilitat universal transferibles a l'atenció a **totes les dones**. Per veure les expertes informants que han participat, pot consultar l'Annex 3.

### 7.3.1. Resum de les experiències

#### Experiència 1: SAVIEX: Servei de Suport a Dones i Nenes amb Discapacitat Víctimes de Violència de Gènere d'Extremadura (Cermi Extremadura)

- Saviex va sorgir el 2021 com a fruit d'un dels resultats de *l'Estudi sobre la situació de la violència contra les dones amb discapacitat en Extremadura* (Cermi Extremadura, 2020).
- És implementat pel Comitè d'Entitats Representants de Persones amb Discapacitat d'Extremadura (CERMI Extremadura) gràcies al Suport de la Junta d'Extremadura, amb fons del Pacte d'Estat contra la violència de gènere que gestiona el Ministeri d'Igualtat.
- Encara que no es treballa per a la detecció de casos de violència reproductiva, sí es treballa amb la seva sospita. Sobretot, en el cas de l'atenció a dones que han sofert agressions sexuals per part de persones de l'entorn familiar.
- Saviex té una tècnica especialitzada que treballa com professional de referència per a dones i nenes amb discapacitat, així com per als diferents organismes i recursos que intervenen durant el procés de sortida i recuperació de la violència.
- La intervenció s'articula en un model de suport personal que doni respostes a les necessitats específiques derivades del tipus de discapacitat i d'altres condicionaments individuals, per a una atenció inclusiva, accessible i eficaç entorn de situacions de VCD.
- Els components d'atenció a dones del servei es realitzen mitjançant la detecció (a través de la col·laboració i derivació) des de diversos recursos especialitzats destinats a erradicar la violència de gènere<sup>108</sup>. Contempla procediments de coordinació després de la derivació dels casos amb els diferents professionals encarregats de treballar amb dones o nenes amb discapacitat.
- En el protocol d'atenció es realitza una intervenció personalitzada des del moment en què la dona, de forma voluntària, es posa en contacte a través de correu electrònic, telèfon mòbil o de manera presencial. Una vegada que s'hagi proporcionat l'atenció i

---

<sup>108</sup> Oficines d'igualtat i Violència de Gènere de la xarxa de la Junta d'Extremadura; organitzacions no governamentals (ONG) i associacions que atenen dones víctimes de violència de gènere i/o a persones amb discapacitat; cossos i forces de seguretat de de l'Estat i professionals de l'àmbit jurídic (advocacia, judicatura i fiscalia).



l'acompanyament pertinents, es duu a terme un seguiment a través de trucades telefòniques.

- També es col·labora amb altres recursos involucrats en la prevenció i la sensibilització. Es duen a terme accions de formació en VG a professionals de l'assistència personal amb una perspectiva interseccional. Transfereix el coneixement i bones pràctiques en matèria d'atenció a dones amb diferents tipus de discapacitats a altres recursos. Les accions promogudes (2022 i 2023) van dirigides a la col·laboració institucional i tècnica, i la divulgació, conscienciació i prevenció en jornades, esdeveniments i seminaris<sup>109</sup>.
- Entre les seves actuacions destaca la formació a agents policials, judicials i socials sobre la comunicació en la presa de testimonis de la dona i la nena amb discapacitat; sobre la informació accessible quant al funcionament del sistema policial i judicial.

## Experiència 2: Centre de Rehabilitació Psicosocial San Fernando de Henares (CRPS)

- El CRPS San Fernando de Henares forma part dels dispositius de la Xarxa pública d'atenció social a persones amb malaltia mental greu i duradora (d'ara endavant, RPASPEMGD) de la Comunitat de Madrid.
- Disposa d'un equip multidisciplinari que, des d'un enfocament individualitzat, centrat en la rehabilitació i recuperació de la persona, treballa per afavorir la creació i potenciació de suports que promoguin la participació d'usuaris/àries en recursos sociocomunitaris del seu entorn, en les mateixes condicions que qualsevol altre/a ciutadà/ana.
- L'equip està format per 1 directora, 3 psicòlogues, 1 treballadora social, 1 terapeuta ocupacional, 3 educadores, 1 administrativa i personal de neteja a mitja jornada.
- Disposen de diferents programes d'informació, educació i entreteniment d'habilitats que es realitzen tant en el centre, com en el propi entorn sociocomunitari de la persona. Així mateix, es duu a terme un treball amb familiars o persones properes.
- El CRPS es va inaugurar l'any 2004 i actualment està dissenyat per a l'atenció de 90 persones. El 40 % de les persones ateses són dones. Les persones ateses són totes

---

<sup>109</sup> Saviex duu a terme un ampli treball en matèria de sensibilització i prevenció. Es realitzen diverses accions formatives: Taller «Amor sense etiquetes». Desmuntant mites de l'amor romàntic; Tallers «Em vull, em cuido. Dones i discapacitat»; Tallers grupals de prevenció contra la violència de gènere. «Dones i discapacitat. Cap a una visió en positiu»; Tallers «amor sense etiquetes. Diversitat i respecte».

derivades del Centre de Salut Mental de l'Hospital del Henares, i comprèn els municipis de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada del Campo, Velilla de San Antonio i Loeches, a través de la Comissió de Derivació a Recursos i Seguiment de Casos.

- Entre altres comissions i espais de coordinació, destaca la incorporació des de l'any 2011 a les taules locals contra la violència de gènere de Coslada i San Fernando de Henares.
- El CRPS de San Fernando de Henares és pioner en el treball des de la perspectiva de gènere en totes les accions que realitza. Destaca la seva participació en diverses investigacions i publicacions<sup>110</sup>, intervencions individuals juntament amb els Punt s Municipals contra la VG de la zona, i un gran desenvolupament de programes grupals per a la detecció, prevenció i intervenció en matèria d'afectivitat-sexualitat, violència de gènere, violència sexual, així com espais de dones per al foment de la xarxa social. Això inclou l'acompanyament a dones víctimes de VG i grups amb homes per treballar altres masculinitats.

### Experiència 3: Projecte Construint Sexualitats de l'Ajuntament de Los Realejos i l'Associació Sexualitat i Discapacitat

- Construyendo Sexualidades<sup>111</sup> és un projecte en marxa des de fa una dècada per part del Pla Municipal d'Educació Afectivosexual de l'Ajuntament de Los Realejos (Santa Cruz de Tenerife), que desenvolupa juntament amb l'Associació Sexualitat i Discapacitat Canàries. Compta amb la col·laboració de la Fundació Caja Canarias, Obra Social «la caixa» i el Govern de Canàries.
- El projecte tracta de respondre les necessitats en les dimensions afectivoemocionals i sociorrelacionals de diferents col·lectius en risc d'exclusió social o situació de dependència. Va dirigit a millorar la qualitat de vida de les persones amb discapacitat i/o malalties rares de la localitat i entorn pròxim, incidint en l'atenció, l'educació i la prestació de suports a la seva sexualitat. S'ha generat un servei d'assessoria on les atencions prestades són derivades del projecte quan es detecten casos de VR, bé des de l'àmbit sanitari o bé des de l'àmbit social o educatiu.

---

<sup>110</sup> Vegeu, (2010) Prevalença de la violència de gènere en dones amb trastorn mental greu, Guia d'atenció a dones maltractades amb trastorn mental greu (accés).

<sup>111</sup> Accés al díptic informatiu.

- Durant els anys d'implementació del projecte i els tallers realitzats s'han anat detectant situacions de violència reproductiva, i per això s'han posat en marxa la coordinació amb els recursos locals del municipi per la seva atenció, principalment amb les treballadores socials de la zona.
- En aquesta dècada ha aconseguit formar més de 4.000 persones entre aquelles amb algun tipus de discapacitat, les seves famílies, professionals i voluntariat de l'àmbit, a través d'activitats transversals.

#### Experiència 4: Servei Alba d'atenció i acompanyament a dones sordes. Confederació Estatal de Persones Sordes (CNSE)

- Alba és una plataforma informativa<sup>112</sup> amb finançament de la Delegació del Govern contra la violència de Gènere, el Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030, la Fundació Mutua Madrileña i la Fundació ONCE.
- Ofereix un espai de contacte per atendre i informar-te en llengua de signes o per escrit, sobre la violència de gènere. Activa un servei accessible en llengua de signes d'atenció i acompanyament a dones sordes i el seu entorn (famílies, professionals...) sobre com actuar o a on acudir enfront d'una situació de violència de gènere (VG). No han atès a dones sordes víctimes de VR, però sí consideren que moltes de les víctimes que són ateses per altres formes de violències (fonamentalment sexual), l'han sofert.
- Es pot contactar de diferents maneres a través de correu electrònic, a través de videotrucada amb xat inclòs. Donada la diversitat de les dones sordes, no totes són usuàries de llengua de signes o totes són usuàries de la llengua oral, fins i tot algunes són bilingües. Les professionals s'ajusten a les necessitats de les destinatàries, incloent altres factors interseccionals com: l'edat, la territorialitat, tenir altres discapacitats afegides com la sordoceguera, etc.
- Treballen amb la xarxa associativa de CNSE en els diferents territoris, que són els que faciliten els recursos d'acompanyament a la víctima (suport a gestions, denúncies, tots els procediments necessaris) amb intèrprets de llengua de signes o amb mediadores comunicatives, o les dues alhora, de manera immediata perquè puguin acudir a qualsevol recurs que procedeixi.

---

<sup>112</sup> Servei Alba :<https://cnse.es/projectealba/>.

- Atenen tant a les víctimes com a famílies, professionals externs i professionals de la pròpia xarxa associativa; ja que moltes vegades es manca de la formació sobre com intervenir amb dones sordes.
- Garanteix la confidencialitat i això afavoreix l'accés al servei. De vegades, les DV sordes no volen acudir a les federacions pel fet que la Comunitat sorda pot ser petita en alguns territoris i senten vergonya. El Servei Alba deriva al recurs més adequat, bé mitjançant amb la federació per facilitar l'acompanyament o recorrent al servei que calgui.

#### **Experiència 5: Canal de suport sociolegal a dones amb paràlisi cerebral víctimes de violència de gènere. Confederació ASPACE**

- El 2020, la Confederació ASPACE va posar en marxa el canal amb l'objectiu de prestar Suport sociolegal a dones amb paràlisi cerebral víctimes de VG i VS, encara que es presta un servei extensiu a totes les formes de VCD.
- Sorgeix a causa de les necessitats específiques de les dones amb paràlisi cerebral i altres discapacitats afins i les seves famílies, les quals han d'afrontar una situació d'especial vulnerabilitat que incrementa la seva desprotecció sobre la violència.
- El servei s'emmarca en l'assessoria jurídica de Confederació ASPACE, dins del programa «ASPACE per als teus drets» que treballa en base amb quatre eixos d'acció: la formació especialitzada sobre drets i discapacitat en les principals àrees de la vida diària de les persones amb paràlisi cerebral, la incidència política, l'enfocament transversal de drets en el Moviment ASPACE, i l'assessoria jurídica.
- El canal pot ser en línia per internet, per via telefònica o presencial. El contacte es realitza per WhatsApp a través del núm. 661 347 869, al qual poden dirigir els seus missatges de dilluns a divendres de 9.00 a 17.00 h. Té aquest horari delimitat a causa de la limitació de finançament que disposa l'entitat en aquest moment. El contacte amb l'assessoria jurídica també es pot realitzar per correu electrònic. El canal és atès per dues advocades especialitzades en VCD.
- Les dones ateses reben informació i acompanyament legal per a l'exercici dels seus drets i, si escau, es procedeix a la seva derivació a serveis d'atenció a la VG per al seu abordatge psicològic o per a l'assignació d'un habitatge protegit.

## Experiència 6: Observatori de la Dona. Plena inclusió Madrid

- Es tracta d'un grup de treball creat el 2010, sent el primer Observatori del moviment associatiu de la discapacitat intel·lectual, amb l'objectiu de treballar per la plena igualtat de les dones amb discapacitat intel·lectual o del desenvolupament (d'ara endavant, DDID) i per conscienciar la societat sobre les causes que perpetuen la seva situació de desavantatge social.
- En l'Observatori participen dones amb i sense discapacitat intel·lectual, entre elles professionals de suport, de 17 organitzacions de Plena Inclusió Madrid. Aborda des de l'especificitat de la discapacitat intel·lectual, temes generals de gènere i dona. Són reptes d'aquest Observatori l'agenda del qual té molt presents qüestions com la lluita contra la violència de gènere, l'erradicació de l'esterilització forçosa, la maternitat o la salut ginecològica.
- Es configura com un espai de participació de DDID juntament amb professionals de suport per afavorir els seus drets, garantir la seva plena inclusió i realitzar accions de sensibilització, formació i visibilització dirigides al seu apoderament. Les DDID es representen a si mateixes i a les entitats, promovent la seva participació activa.
- Durant aquest temps han realitzat 4 curts audiovisuals per conscienciar la societat sobre les barreres que troben les dones amb discapacitat intel·lectual i els suports que necessiten per gaudir d'una ciutadania plena i, en tots ells, s'ha abordat la violència de gènere que sofreixen, en les seves diferents formes<sup>113</sup>.
- Les professionals que prenen part de l'Observatori són tècniques d'organitzacions locals de municipis de la regió de Madrid. Treballen, per tant, en recursos específics d'atenció a persones amb discapacitat intel·lectual, membres de la federació de Plena Inclusió Madrid. Aquestes organitzacions no tenen recursos específics d'atenció a dones víctimes de VR, però sí que els detecten contínuament amb motiu del seu treball, perquè les pròpies DDID ho verbalitzen. En aquest sentit, en les accions es duen a terme intervencions, sobretot d'atenció psicològica per a la recuperació de les víctimes (duel,

---

<sup>113</sup> En l'àmbit divulgatiu, destaquen els següents documentals elaborats des de l'Observatori de la Dona: També Som Dones (2011) <https://www.youtube.com/watch?v=XAkMZCEwgtY>;  
No era jo el problema (2017) [https://www.youtube.com/watch?v=8oYGwX\\_B-il](https://www.youtube.com/watch?v=8oYGwX_B-il)  
El més lluny possible (2022) [https://www.youtube.com/watch?v=TgAEzgj\\_5kA](https://www.youtube.com/watch?v=TgAEzgj_5kA)  
És el meu dret (2023) <https://www.youtube.com/watch?v=saUmfcbD4M>

resiliència...) de caràcter grupal i de treball amb les famílies perquè compreguin la situació de les víctimes.

- El treball grupal d'apoderament i capacitatció es duu a terme tant amb DDID en general, i amb aquelles que han sofert VR en particular. S'aborden temes relacionats amb la seva sexualitat, coneixement del cos, cura de la SSR, DSR, i suport al reconeixement i expressió de les violències reproductives que han sofert.
- En l'Observatori es treballa l'accés a la salut ginecològica com a part de la promoció de la salut sexual i reproductiva de les DDID i els seus drets.
- El *grup de mares de suport mutu* és una altra de les accions impulsades per l'Observatori. El conformen DDID que han viscut i que exerceixen la maternitat compartint les seves experiències. Algunes d'aquestes mares, a més, han sofert algun tipus de violència de gènere.

#### **Experiència 7: Unitats d'Assistència Especialitzada a dones amb discapacitat víctimes de violència de gènere en la comunitat. Confederació d'Entitats de Persones amb Discapacitat Física i Orgànica d'Andalusia (CODISA PREDIF Andalusia)**

- CODISA PREDIF Andalusia va posar en marxa aquest servei l'any 2015, que atén dones amb tot tipus de discapacitats. L'atenció es realitza a través de les Unitats d'Assistència Especialitzada, on s'ofereix atenció psicosocial, informació, acompanyament i assessorament per fer enfront a les situacions de violència, les seves seqüeles i la prevenció de nous episodis.
- Inclou l'acompanyament per a la realització de gestions administratives, policials i judicials, àmbits en els quals les dones amb discapacitat troben habitualment barreres que dificulten la denúncia i la seva recuperació. També realitzen una labor de prevenció a través de la intervenció grupal, mitjançant el desenvolupament de grups d'apoderament de dones.
- Hi ha dues vies d'accés de les dones a les unitats: directament a iniciativa de les víctimes, o mitjançant derivació de professionals envers l'entitat membre, on la usuària participa en algun dels serveis o programes de l'organització. Els professionals de les entitats també contacten amb les unitats de CODISA PREDIF, quan detecten una situació de violència o sospiten d'ella, per buscar assessorament. D'aquesta manera, el

servei té un caràcter preventiu. També són derivades per part de professionals d'altres recursos de la xarxa pública local o autonòmica d'atenció a DVG.

- El servei té una oficina virtual i disposen d'atenció presencial en oficines de totes les províncies (excepte Almeria). Cada unitat té una tècnica de referència conformant-se a nivell autonòmic un equip multidisciplinari format per: una treballadora social, una psicòloga i una educadora social. L'equip està format i especialitzat en les necessitats de les dones amb discapacitat, les seves condicions de vulnerabilitat i la presència de riscos diferencials pel que fa a la resta de la població femenina.

### 7.3.2. Aprenentatges i reptes de l'atenció a dones víctimes

A continuació, es descriuen els resultats obtinguts a partir de les entrevistes realitzades per analitzar les 7 pràctiques descrites. També es fa menció en alguna ocasió als resultats de les enquestes a les EL i organitzacions, perquè en general estan alineats amb les experiències i contribueix a reforçar la noció de consens entre professionals sobre com són abordades les VR

#### 5.2.1.1. Detecció de la violència i l'accés a l'atenció

Totes les experiències han posat de rellevància la [importància de la difusió dels serveis](#) per facilitar l'accés de les víctimes a l'atenció especialitzada per a una violència que resulta especialment invisible.

Les practiques identificades fan servir diferents **estratègies de difusió**, com ara:

- A SAVIEX es contempla a través de mitjans informatius, tant mitjans escrits com programes de ràdio i canal Extremadura (tant informatius com programes o reportatges específics). S'han fet entrevistes per a mitjans de comunicació. S'ha repartit el díptic informatiu en les farmàcies: 380 de la província de Badajoz i 290 de Càceres, convertint-les en punts SAVIEX.
- El projecte Construïnt Sexualitats es difon en el marc del Pla Municipal d'Educació Afectiu Sexual de l'Ajuntament de Los Realejos i a través del web informatiu de l'associació Sexualitat i Discapacitat.
- El Servei Alba del CSNE té un web informatiu i realitzen difusió interna.
- Les Unitats Específiques d'atenció a dones amb discapacitat víctimes de VG de CODISA PREDIF, empen la multidifusió: Punts CODISA mitjançant la creació de cartells amb un QR en Punts Violetes; distribució de cartelleria en centres de salut,

serveis socials, centres educatius, etc., així com en les entitats membre; xarxes socials; reunions, jornades i fòrums.

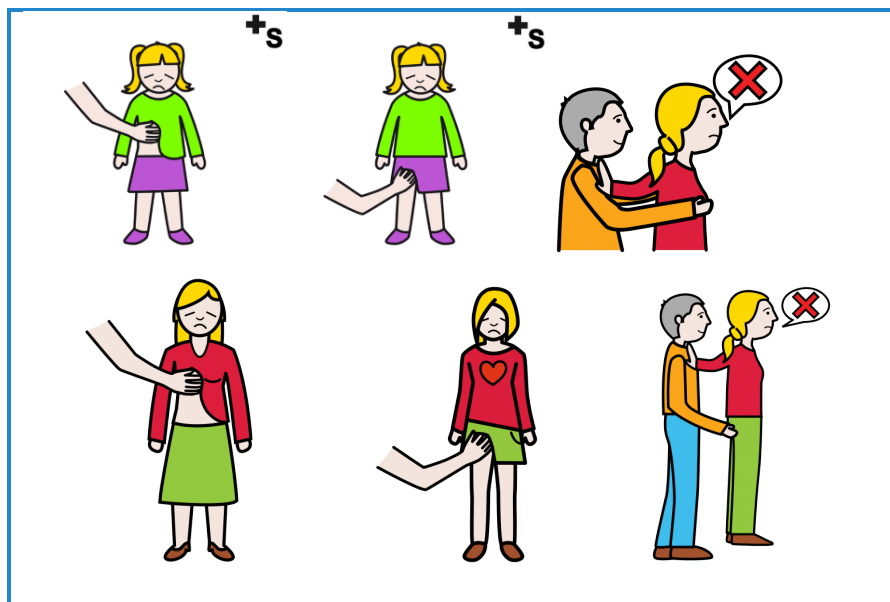
- A la Confederació ASPACE es difon internament entre les entitats i federacions membres, a través de xarxes socials i mitjans de comunicació, així com en les pròpies accions de sensibilització (tant amb operadors jurídics com en entorns educatius i sanitaris), ja que afavoreix la derivació.

Això requereix visibilitzar la violència (en aquest cas la VR) amb claredat en tots **els suports informatius i comunicatius** de les organitzacions, que continuen sent molt limitats per a expressar les vivències d'abús de les dones.

*Les dones amb paràlisi cerebral que usen tauleta o quaderns amb pictogrames per comunicar-se o com a suport a la seva comunicació, perquè no inclouen una pàgina de pictogrames relacionats amb violències. Llavors com et poden expressar el que els està passant? (E5)*

En la il·lustració inferior poden veure's alguns exemples de pictogrames sobre abús sexual a nenes i a dones:

Il·lustració 5. Pictogrames-SAAC sobre VS contra dones i nenes



Font: Portal Aragonès de Comunicació Augmentativa i Alternativa (ARASAAC),



Tant per a la presa de consciència sobre la pròpia victimitat, com per a conèixer l'existència de recursos d'ajuda, es realitzen actuacions de formació i sensibilització amb i envers les pròpies dones.

Aquestes activitats són imprescindibles; a través d'elles, les dones VR adquireixen un marc de nous significats per a vivències que no sabien identificar, i coneixen ara un espai en el qual poden resoldre dubtes i ser orientades per primera vegada.

- És fonamental l'existència d'espais específics d'escolta (com els grups de DDID) on hi ha un clima segur i de confiança, així com tota la formació específica de temes com: la seva sexualitat, afectivitat, la maternitat, la salut sexual i reproductiva, els drets sexuals i reproductius, les VR.

*Sobretot, això ho detectem en les sessions de formació, principalment aquí on generes escenaris segurs on, de vegades, aquestes temàtiques no s'han plantejat perquè no han sortit en les converses habituals del seu dia a dia (E3)*

- Aquestes activitats de sensibilització prèvies ajuden les dones a identificar situacions de violència, entre elles, la VR. En molts casos, s'ha creat un vincle previ amb les professionals en les quals confien, la qual cosa facilita la intervenció.

*Quant a les dones amb paràlisi cerebral, tenen el seu autoconcepte molt danyat pel fet de ser dependents per a tot. I a mesura que treballen el seu apoderament, comencen a expressar una sèrie de demandes sobre la violència que sofreixen (E5)*

- En aquests espais, les professionals requereixen d'una actitud d'observació i escolta que permeti plantejar hipòtesis sobre diferents formes de violència a les quals poden estar exposades les participants.

*Quan es tracta de VR, les dones amb paràlisi cerebral desconeixen, no tenen les eines per identificar que s'està duent a terme aquest tipus de violència, per la qual cosa quan arriben al Canal [ASPACE], la violència ja s'ha produït. La violència reproductiva està vinculada amb altres violències, generalment la violència sexual. Moltes vegades el que duen a terme els agressors sexuals és: «si l'esterilitzo, tinc major possibilitat després de continuar amb la violència sense deixar rastre», és a dir, que l'esterilització forçosa, normalment, és un pas inicial per després dur a terme la violència sexual. En aquests casos, la intervenció es*

*dirigeix al fet que coneguin el que ha succeït i que disposin d'eines per poder autodefensar-se de cara a la violència sexual (E5)*

D'aquesta manera, les dones que acudeixen als serveis per sol·licitar ajuda, han estat o són participants de diferents formacions sobre apoderament, sobre drets o de prevenció de les diferents formes de violència contra les dones.

A més, depenent del tipus de discapacitat, en la detecció sol ser indispensable l'intercanvi amb les figures de l'*assistent o assistenta personal*<sup>114</sup> i la feina amb les famílies; sobretot en el cas de dones amb pluridiscapacitat<sup>115</sup>, paràlisi cerebral i DDID.

*Les barreres de vegades són les pròpies famílies, per la qual cosa cal treballar una psicoeducació (...), per tal que compreguin que són persones amb una sexualitat que òbviament tenen uns drets i que això ha de prevaldre per sobre de les decisions de cada familiar (E2P2)*

Juntament amb l'anterior, es desenvolupa el treball amb altres professionals, perquè puguin detectar casos de violència i contribueixin a la difusió de recursos.

En aquest sentit, els resultats de l'estudi apunten al fet que és imprescindible l'acció en base als recursos propis (dins de la institució, les EL o l'ONG), tant com la participació en xarxes d'intercanvi de professionals o associatives. Dins d'aquestes activitats s'inclourien les de sensibilització i formació envers altres professionals.

Sobre aquesta qüestió, s'ha assenyalat com un obstacle per a la detecció de violència, la manca de formació bàsica sobre VR i AEAf, específicament; fins i tot, entre professionals de l'àmbit de la VCM i de l'àmbit sanitari, així com també entre aquells tècnics de promoció de SSR.

*Els equips professionals no tenen la formació necessària per donar una resposta adient. Si se'ls fan preguntes (...) no saben respondre davant una situació de violència reproductiva. Llavors, si no tinc formació o no sé per on sortir, no*

---

<sup>114</sup> Per exemple, a CODISA PREDIF es dona formació en violència als assistents i les assistentes personals que poden actuar com a agents de detecció de situacions de VR i traslladar la situació als serveis corresponents.

<sup>115</sup> «La pluridiscapacitat és una discapacitat greu d'expressió múltiple, on s'associen dues o més discapacitats com la discapacitat motriu, discapacitat intel·lectual, discapacitat sensorial o una salut fràgil que pot ser severa o profunda. Aquesta provoca una restricció extrema d'aspectes i possibilitats de la percepció, de l'expressió, emocions i de la relació. Les persones amb pluridiscapacitat experimenten un desenvolupament retardat i sovint requereixen un alt nivell de suport i atenció en la seva vida diària». (Maita, 2023).

*pregunto, per tal que no em preguntin a mi o no sàpiga contestar per no tenir informació (E3)*

Per a la identificació de la violència reproductiva, en les experiències analitzades es tendeixen a emprar un conjunt d'indicadors específics i inespecífics, que en general estan associats a la VS donada la interrelació entre aquesta i la VR<sup>116</sup>. Les [pautes i principals indicadors que s'empren per a la detecció](#) de l'AEAF dins de les experiències anteriors són:

- El relat directe de les dones.
- Expressió de sospita d'altres professionals o persones de l'entorn (amistats, personal voluntari, entorn laboral, etc.).
- Informes mèdics.
- Canvis d'estats d'ànim, símptomes relacionats amb depressió, conductes disruptives.
- Tipus de medicació com tranquil·litzants o ansiolítics, si saben per a què els prenen, si és una demanda d'elles i si realment necessiten atenció psicològica en lloc de medicació. Cal parar esment a la salut mental i la psicofarmacologia. És necessari verificar els fàrmacs prescrits.
- Trastorns alimentaris, sobretot en DDID.
- Lectura i anàlisi corporal. És el cas de DDID adultes que són vestides o es vesteixen de forma molt infantilitzada. O el cas d'una dona jove que augmenta de pes de manera sobtada a conseqüència d'una menopausa anticipada o un mètode anticonceptiu.
- Menopausa anticipada que no es correspon amb l'edat. En aquest cas, caldria confirmar mitjançant anàlisi hormonal i/o ecografia vaginal, si es deu a una menopausa a conseqüència d'una esterilització.
- No menstruar estant en edat de fer-ho. Encara que cal considerar també que no totes les dones amb discapacitat tenen la menstruació per diferents patologies, sovint les famílies o centres trien un mètode anticonceptiu sense el consentiment informat de les dones, fet que en molts casos les deixa gairebé tota la vida sense cicle menstrual.

---

<sup>116</sup> Vegeu Vázquez i Castro (2018) sobre una relació d'indicadors de detecció de la violència sexual en diferents etapes vitals contra les dones amb discapacitat (v.bibl.).

- Ingressos hospitalaris o intervencions quirúrgiques inespecífiques. Sospites sobre si una dona és capaç o no d'explicar exactament quin pas o en què ha consistit una intervenció. Això és un indicador de sospita o de risc d'esterilització o anticoncepció forçosa.
- Considerar la hipòtesi de la violència sexual i aplicar els instruments de detecció disponibles, valorant-ho com una conseqüència o una condició per facilitar la VR. Explorar amb les dones si han sofert abús durant la infància, atès que també es vincula i és important per evidenciar que aquest tipus de VS, ja que va unida a la VR. Al seu torn, es presta especial atenció a les situacions d'incapacitació, la qual cosa ara es considera que ha d'estar subjecta a mesures de suport. Verificar si el seu tutor o tutora o la persona de suport és el seu agressor/a.

Davant la sospita d'AEAF, **sol preguntar-se de manera senzilla i directa** sobre situacions que han pogut portar a la violència reproductiva:

- en les consultes mèdiques a les quals acudeixin les dones acompanyades per persones de suport, o per part de professionals de la salut amb la formació pertinent.
- en l'atenció social a dones amb discapacitat en les entrevistes d'acolliment i seguiment. Es tracta de preguntes directes amb respostes tancades, senzilles, fàcils, directes i sense donar res per fet. S'han facilitat dos exemples tipus:
  - Exemple 1: Dona que acudeix a un servei perquè després d'haver sofert violència sexual ha quedat embarassada i expressa que se li va practicar un avortament o apareix en l'informe mèdic, se li pot preguntar directament a ella: Però tu volies tenir el bebè o volies avortar?
  - Exemple 2: Dona víctima de violència sexual que acudeix a un centre d'atenció a víctimes d'aquesta violència i a la qual se li poden realitzar les següents preguntes:
    - coneix els seus drets sexuals i reproductius?
    - coneix els mètodes anticonceptius i quina informació té sobre ells?
    - està utilitzant o ha utilitzat algun mètode anticonceptiu fins a aquest moment? Quin? Quina informació té sobre ell? Durada, protecció davant d'ITS, contraindicacions i efectes secundaris, etc....? O només té el que li han posat i prou? Perquè si la dona no coneix els principals mètodes

anticonceptius, possiblement hem de sospitar que pugui estar esterilitzada.

- recorda haver tingut intervencions quirúrgiques recents i de quin tipus?

Quan preguntem a les dones que en aquest moment estan amb uns certs tractaments anticonceptius, del tipus que sigui, orals o pegats, sobre el missatge que se'ls ha donat i ens diuen que la lligadura de trompes era el millor tractament... I clar, no hi ha cap mena d'evidència científica. Tot mentida, els hi deien que era per tema del calci o, fins i tot, mencionaven crisis epilèptiques. És a dir, com pots dir que aquest tractament o un altre són contradictoris? O per què li prescrius tractaments que a més poden ser irreversibles? Clar, quan no s'ha estudiat... (E3).

#### 5.2.1.2. Itineraris i procediments d'atenció

##### L'atenció i l'acompanyament a les víctimes.

L'atenció a les dones víctimes de VR depèn de les seves necessitats de suport per a la comunicació, les quals han de prioritzar l'expressió i la comprensió per si mateixes sobre la situació de violència viscuda. Aquest seria el primer punt de partida de qualsevol itinerari d'atenció: l'accessibilitat universal (vegeu sobre aquest tema el Punt 5.3. Necessitats de les dones víctimes). La pràctica del Canal de suport sociolegal per a dones VG amb paràlisi cerebral de la Confederació ASPACE, serveix d'exemple per entendre la centralitat que l'accessibilitat ha de tenir en l'atenció a aquestes dones. En el cas del Canal de suport sociolegal, l'atenció es considera de la següent manera:

- Qualsevol dona amb capacitats suficients de lectoescriptura, pot escriure missatges de WhatsApp (o correus electrònics).
- La comunicació amb les professionals pot ser mitjançant l'enregistrament d'àudios i vídeos, la qual cosa permet escoltar-la de forma repetida i comptar amb logopedes. Això és d'especial utilitat amb dones amb diferents graus de disàrtria<sup>117</sup>. Això podria ser assimilat en el cas d'intèrprets i mediadores culturals per a dones d'origen estranger amb un limitat nivell de castellà (o llengua cooficial).

---

<sup>117</sup> La disàrtria és un trastorn de l'execució motora de la parla. Els músculs de la boca, la cara i el sistema respiratori es poden afeblir, moure's amb lentitud o no moure's en absolut, després d'un vessament cerebral o una altra lesió cerebral. És bastant comú en persones amb paràlisi cerebral.

- Poden emprar-se de manera complementària (parcialment o totalment) sistemes augmentatius i alternatius de comunicació que es requereixin<sup>118</sup> (SAAC), així com comptar amb suports tècnics professionals: logopedes, intèrpret de LSE, mediadores comunicatives. Això podria fer-se extensiu a intèrprets d'altres llengües o mediadores culturals en el cas d'altres perfils de víctimes.

Durant tot l'itinerari d'atenció es té present que la interlocutora sempre és la pròpia dona, i en els casos que ho precisin, amb el suport tècnic de figures professionals.

Aquest aspecte és determinant per a la fase d'acolliment de la dona víctima per la qual cosa, sempre que es pugui, s'han de planificar i anticipar aquests suports. L'ideal és que els faciliti el propi servei de manera gratuïta com a part dels seus drets.

La fase d'acolliment és clau per establir el vincle entre el/la professional i la dona víctima de VR. Ha de secundar-se en un procediment sistematitzat que guii l'actuació professional (un protocol). Aquest en general comprèn: presentar-se, practicar l'observació i escolta activa del relat de la dona, donant credibilitat al que expressa, contenint l'angoixa, secundant-se en un guió de preguntes per a l'entrevista que permeti un bon registre de cada atenció.

Es posa l'accent en el fet que les dones víctimes siguin protagonistes dels seus processos i de la presa de decisions al llarg de la recuperació.

*És important saber diferenciar que les necessitats percebudes a vegades pels equips professionals no sempre concorden ni coincideixen amb les demandes expressades per part de les pròpies dones o nenes amb discapacitat o malalties rares. I això té a veure amb el fet que de vegades optem per no preguntar-les i suposar un fet per real... Així que crec que la meva prioritat seria aquesta, preguntar-li a elles, generar escenaris i analitzar les respostes. (E3)*

---

<sup>118</sup> Els Sistemes Augmentatius i Alternatius de Comunicació (SAAC) són formes d'expressió diferents del llenguatge parlat que tenen com a objectiu augmentar i/o compensar les dificultats de comunicació i el llenguatge de moltes persones amb dificultats en aquesta àrea. Els SAAC, no són excloents del llenguatge parlat, sinó que són una forma d'expressió complementària. Entre ells, trobem l'ús de pictogrames, de llenguatge de signes o mitjançant productes de suport a la comunicació com taulers, que poden ser de tipus quadern o tecnològics mitjançant tauletes o PC, amb programes especials, braille, lectura fàcil, pictogrames, dispositius multimèdia de fàcil accés, sistemes de suport a la comunicació oral i llengua de signes, sistemes de comunicació tàctil i altres dispositius que permetin la comunicació. Vegeu alguns dels sistemes disponibles a: l'article 4 del Reial decret 674/2023, de 18 de juliol, pel qual s'aprova el Reglament de les condicions d'utilització de la llengua de signes espanyola i dels mitjans de suport a la comunicació oral per a les persones sordes, amb discapacitat auditiva i sordcegues (accés); la Llei 6/2022, de 31 de març, de modificació del Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social, aprovat pel Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, per establir i regular l'accessibilitat cognitiva i les seves condicions d'exigència i aplicació (accés).

L'atenció **no ha d'estar centrada en la denúncia**, que en el cas de la VR és poc probable o gens probable que la dona hagi denunciat o vulgui fer-ho.

Les pràctiques de les entitats mostren que un dels aspectes que primer s'explica a les víctimes és, precisament, que no es durà a terme un procediment de denúncia fins que elles no decideixin fer-ho; que si ho fan se'ls explicarà quines són les expectatives i garanties del procés.

La víctima ha de decidir quan i com vol denunciar, si és que ho fa. Es prioritza sempre l'abordatge psicològic que les apodera de cara a la denúncia; i sempre es compta amb l'acompanyament legal en aquest procés.

D'acord amb les professionals entrevistades, el procés de denúncia es complica enormement, quan la VS o la VR, o ambdues, es produeixen en l'entorn familiar més pròxim. En el cas de les dones amb discapacitat implicaria la denúncia a la principal font de suport quotidià de la víctima, de la qual depèn.

*Quan és el cas de la família, les dones tenen una sensació d'estar desamparades, elles mateixes tendeixen a deixar-se engalipar per la família, molt més que si fos la parella o exparella. Això s'accentua perquè a més elles, en tenir aquesta situació de dependència física i comunicativa tan elevada, és com: «si em desapareix la meua família, em quedo estic sola al món». (E4)*

*La primera premissa és el desconeixement que tenen en relació amb el seu cos i no només amb qüestions d'anatomia, sinó qüestions de fisiologia. (...) Elles no són conscients i tenen a més interioritzada la idea que el seu cos no els pertany, ni que poden prendre decisions sobre aquest cos, ni que la seva opinió es considerarà, fins al punt que han passat coses lletges, que hi ha hagut situacions de violència. (E3)*

**La integritat física i la seguretat** de les dones és l'únic criteri d'excepcionalitat que ha de guiar l'actuació professional en matèria de VCM, i això s'estén als casos de VR. En general, les pràctiques analitzades identifiquen «la denúncia» com una actuació fruit d'un procés d'intervenció.

*«Una vegada la dona va avançant amb la psicòloga, torna a plantejar-se l'abordatge legal i que ella decideixi. L'itinerari que seguim és: et poso en lloc segur, és a dir, aquest abordatge social i d'acompanyament per a la sortida; després, l'abordatge psicològic de recuperació; i, finalment, l'abordatge legal si la dona així ho decideix». (E5)*

Els protocols que existeixen en VG i VS indiquen que quan la dona verbalitza que està sofrint violència, es treballa directament amb un pla d'emergència i se segueixen els protocols que existeixin segons el risc (que en el cas de la VR no existeixen, però s'apliquen els de VS).

Si el risc és molt alt i la dona així ho decideix, se li acompanya a fer la denúncia. I si el risc és baix, es treballa en la comprensió de la situació i l'acompanyament en la presa de decisions mitjançant la informació i assessorament adequats.

En la fase de coordinació i derivació, després d'avaluar quina és la situació personal la seguretat/integritat, depenent del risc, es posen en marxa els recursos socials necessaris i, si cal, s'aparta la dona de l'entorn on s'està produint o s'ha produït aquesta violència.

En cas d'urgència o emergència es procedeix a la cerca de recurs d'allotjament que s'adapti a les circumstàncies i necessitats de la víctima dins dels recursos públics.

En el cas de les dones amb discapacitat, com generalment la resposta és que no existeixen (perquè no són accessibles), s'habilita un recurs d'allotjament d'emergència dins de la xarxa associativa de les organitzacions.

Una vegada habilitat aquest recurs d'urgència, s'inicia l'abordatge psicològic que, de nou donada la manca de formació en matèria de discapacitat (o pràctiques nocives) dels recursos humans per part dels ens públics, no estan adaptats a les víctimes de VR.

El procés de recuperació de la víctima (algunes entitats l'han denominat «reconstrucció acompanyada»), se centra en l'apoderament individual; també mitjançant l'atenció psicològica i les activitats grupals.

L'enfocament de treball dels grups respon a la noció d'«apoderament col·lectiu», mitjançant grups de dones heterogenis, formats per cinc o sis dones i centrats en la prevenció secundària: desconstruir falses idees sobre la violència que han sofert, eliminar l'autoculpabilització i la capaciació en educació afectivo-sexual.

*Escoltar testimonis d'altres persones també és sanador i les beneficia; en el fons el que necessiten també és tenir respostes del motiu pel qual s'ha actuat d'aquesta manera amb elles (E3)*

### **Els recursos, infraestructures i coordinació**

Una perspectiva integral en l'atenció implica una mirada multidisciplinària als recursos humans disponibles. En les pràctiques analitzades, els recursos disponibles fonamentals són



professionals de l'àmbit de: la psicologia, el treball social, el dret, l'educació social i la mediació comunicativa (en diferents especialitats segons la discapacitat, logopèdia, LSE, sordoceguera, etc.).

Així mateix, es considera imprescindible l'accés a sexòlogues, matrones-infermeres, ginecòlogues i metgesses d'atenció primària i psiquiatres. Encara que molts d'aquests recursos humans són accessibles exclusivament mitjançant la coordinació i el treball en xarxa.

Una característica important de l'atenció, sobretot per a les DDID, és la continuïtat en la professional de referència.

Quant a les infraestructures d'atenció, destaquen els mecanismes descentralitzats, les plataformes de resposta per internet, telefòniques i les aplicacions mòbils (per a tauleta i telèfons intel·ligents), així com els equips itinerants que s'acosten on estan les víctimes.

D'aquesta manera, els equips es traslladen per atendre les dones dins dels seus municipis o a altres municipis, creant equips itinerants i facilitant l'accés i l'atenció als recursos locals disponibles. Aquests han de tractar un mínim de requisits: intimitat i seguretat.

Per a les entitats entrevistades la coordinació és un dels grans reptes sobre els quals depèn la qualitat de l'atenció de totes les víctimes de violència contra les dones i l'accés a recursos especialitzats. També ho van manifestar així les EL i les organitzacions en les diferents enquestes.

D'aquesta manera, una de les demandes unànimes és poder establir de manera estable un treball coordinat entre els serveis sanitaris, els recursos de VCM i les organitzacions de la discapacitat (o altres) amb l'objectiu d'atendre adequadament les dones que puguin veure's exposades a qualsevol tipus de violència.

Això mateix pot fer-se extensiu a les organitzacions representants o expertes d'altres col·lectius que, tal com s'ha indicat al capítol 4, es tractaria de/d': associacions o entitats d'atenció a les dones gitanes, dones migrants, sol·licitants o beneficiàries de protecció internacional i refugiades, víctimes d'explotació sexual i de persones transsexuals.

En general, les EL i les organitzacions s'han centrat en la valoració de la seva experiència en coordinació respecte de la VG i en menor grau sobre la VS.

La seva valoració és **positiva**. Hi ha una trajectòria consolidada d'intervencions conjuntes i de seguiment dels casos; malgrat que també es detecta la pervivència de males praxis per part d'alguns membres de cossos i forces de seguretat de l'Estat<sup>119</sup> respecte de la denúncia policial.

*Normalment tenim una molt bona coordinació amb els recursos de la zona encarregats d'atendre la violència i llavors, amb els quals tenim una bona coordinació (prèvia acceptació per part de la usuària), amb les psicòlogues o amb les treballadores socials del Punt de Violència. Fins i tot, en alguna ocasió alguna companya ha fet intervencions conjuntes. (E1)*

Alguns exemples de la coordinació entre recursos o serveis són:

- CODISA PREDIF manté reunions regulars amb les coordinadores provincials de l'Institut Andalús de la Dona gràcies a les quals es va elaborar el Protocol d'Assistència Especialitzada a Dones amb Discapacitat Víctimes de Violència de Gènere (IAM, 2021). A través d'aquest protocol s'utilitza un model d'informe consensuat que estableix el procediment de derivació.
- Les entitats membres de Plena Inclusió Madrid es coordinen tant amb la pròpia federació territorial com amb els centres de salut sexual i reproductiva de la Comunitat de Madrid, on destaquen la labor de suport de les professionals d'infermeria als centres.
- La CNSE tenen un conveni de col·laboració amb el Programa Dones en Mode ON, on es deriven per a cerca d'ocupació. És una iniciativa d'Inserta Empleo i la Fundació ONCE per promoure l'ocupabilitat i l'emprenedoria.
- En l'atenció a menors, CNSE deriva a la Fundació ANAR, amb qui tenen un acord de col·laboració. Plena Inclusió Madrid empra la seva xarxa a través del Programa Mares amb Majúscules, que està dirigit a prestar suports i acompanyar a mares amb discapacitat intel·lectual i a les seves filles o fills.

No obstant això, és important assenyalar que aquesta coordinació és costosa perquè **requereix molta dedicació temporal** i també insistència, sobretot quan no hi ha instal·lada encara una **cultura de treball en xarxa**.

---

<sup>119</sup> Un dels diversos exemples que han sorgit en el treball de camp exemplifica la situació tipus: el cas d'una víctima que «acudeix a una comissaria a denunciar i el policia li diu que això que li està passant, no és violència, quan el seu paper és acollir a la dona perquè faci la denúncia, sense que sigui funció seva valorar si és o no violència». En aquest sentit, subratllen el sentiment de frustració i impotència com a professionals que han aconsellat la denúncia policial.

*«hi ha una qüestió de manca de temps, de demanda, de sobrecàrrega professional de tots els serveis (...) és facilitar espais i llocs, que jo crec que seria una de les claus, no? I temps per fer-ho. L'Atenció Social Primària està desbordada. Salut mental? És que és complicat. Jo crec que la constància és important (...) tracte de coordinar-me, no em contesten, però torno i des de sempre la col·laboració i l'ajuda, no? A veure, necessitem de tu, però nosaltres també et podem facilitar (entrevista anonimitzada)*

Les **xarxes i espais estables de coordinació** són fonamentals en les experiències analitzades.

El seu obstacle principal és la manca de recursos humans, que fa que qui està disponible prefereixi prioritzar l'atenció directa sobre la coordinació, la qual cosa, a mitjà termini perjudica la qualitat de la intervenció. Aquesta insuficiència de recursos també implica que la coordinació pugui limitar-se a situacions d'emergència.

Tant en les experiències, com en les enquestes realitzades (veure punts 6.1. i 6.2.), els qui aporten una perspectiva més crítica plantegen que **hi ha obstacles per al treball coordinat** en la pràctica.

En aquest sentit, s'han assenyalat aquestes qüestions a tenir en compte:

- Falta d'actualització i consulta. Alguns protocols de coordinació s'usen com a mitjà per a solucionar dubtes, però no es revisen abans i durant la coordinació. De vegades són massa extensos i complexos, s'exigeixen massa informes i suposa una burocratització excessiva. En alguns casos s'assenyala que cal millorar la formació del personal i els processos d'intercanvi d'informació entre serveis.
- La coordinació és més costosa als municipis petits i municipis rurals, així com en aquells que no compten amb recursos propis. Implica que els serveis especialitzats es troben centralitzats en la capital de la província (inclosos els d'acolliment), la qual cosa genera inequitat territorial en l'atenció a les víctimes.
- Totes les entrevistades situen els majors problemes de funcionament en la coordinació amb l'àmbit judicial. En el cas de les dones amb discapacitat això ve determinat per: el desconeixement i els mites sobre la sexualitat i la maternitat, l'escassetat de recursos adequats per atestar amb els suports comunicatius que es necessiten, o la manca de credibilitat envers les víctimes.

- Manca d'accessibilitat dels recursos d'atenció de VCM i barreres en la comunicació per no garantir la universalitat.
- Manca d'especificitat, perquè els protocols generals sobre atenció a víctimes de VG no solen tenir en compte les necessitats específiques de les dones amb discapacitat, per la qual cosa no identifiquen altres violències que les afecten especialment, com les VR.
- Manca de pautes per a situacions d'emergència, com la COVID19, durant la qual no existien protocols i es van paraitzar diversos serveis.

Tant les EL com les organitzacions expertes coincideixen a assenyalar una sèrie de reptes generals sobre la coordinació. Aquests reptes es recullen en la taula inferior.

Taula 5. Principals reptes en la intervenció en matèria de VR segons el tipus d'entitat

EL	Organitzacions especialitzades
Revisió i desburocratització	Insuficiència de recursos
Formació específica per a professionals	Millora dels mecanismes de detecció
Assignació competències i dotació suficient de materials i RH	Perspectiva de discapacitat i d'interseccionalitat
Inaccessibilitat a bases de dades comunes per sol·licitar ajudes	Serveis inclusius i accessibles per a les víctimes
Risc de victimització secundària	Orientació dels recursos en funció de les necessitats de les dones
Millora de l'atenció en situacions de crisi	Consolidar la coordinació interinstitucional més enllà de l'emergència
	Canvis en el context polític i institucional

Per concloure, resulta imprescindible tenir en compte les idees clau sobre els **desafiaments pendents i les Claus per a la sostenibilitat** que caracteritzen les practiques analitzades.

D'aquesta manera, les informants han assenyalat els següents vuit reptes als quals es dirigeix el seu treball:

- *Repte 1: Establir una coordinació real interinstitucional i consolidar-la entorn de l'AEAF, amb protocols específics.*
- *Repte 2: Incorporar la perspectiva transversal de la discapacitat i la interculturalitat com a eixos vertebrals de l'enfocament de gènere interseccionalitat.*

- Considerar l'heterogeneïtat de les discapacitats i no el tractament únic de la discapacitat, ja que cada tipus té les seves especificitats i les seves necessitats concretes d'atenció, així com la noció de pluridiscapacitat que afronten moltes dones amb discapacitat.
- *Repte R3: Posar en el centre a les dones víctimes de VR i els seus drets.*
- *Repte 4: Dissenyar serveis inclusius i accessibles universalment per a totes les víctimes de VR*
- *Repte 5: Conscienciar i visibilitzar les diferents formes de VR que existeixen i específicament l'AEAF per poder avançar en la detecció.*
  - Incidir en què és un tipus de violència que afecta principalment a dones amb discapacitat.
- *Repte 6: Establir mecanismes adequats per a la detecció de les VR*
  - Treballen per incorporar la detecció de les VR en els serveis de salut sexual i reproductiva, els centres d'atenció a víctimes de VS, així com des dels serveis d'atenció a víctimes d'altres tipus de violència. Per aconseguir aquest repte es requereix la formació de professionals.
- *Repte 7: Aconseguir que les dones víctimes de VR, acudeixin a demanar ajuda als recursos de la Xarxa Integral per a la Violència de Gènere que existeixen en totes les CA*

#### 5.2.1.3. Accions de prevenció i sensibilització

Les actuacions de prevenció dirigides a dones se centren en dos tipus d'accions: d'una banda, mitjançant grups d'apoderament per a dones, propiciant espais segurs i de confiança on abordar moltes qüestions relacionades amb la seva autodeterminació, sexualitat, DSR; i, d'altra banda, a través de capacitacions específiques treballant aquests mateixos continguts (vegeu el punt anterior).

*Quant als grups de salut reproductiva i tot això, treballem quan ve la matrona o així i se'ls explica molt bé quins mètodes anticonceptius hi ha, per a què serveix cadascun i com es posen. (E2)*

Totes les pràctiques analitzades duen a terme activitats de sensibilització dirigides a les famílies de nenes i dones amb discapacitat, bé des del treball individualitzat d'informació i assessorament, bé des d'accions de formació o conscienciació en temes relacionats amb sexualitat i educació afectivo-sexual.

*Un pare va venir a una de les xerrades i em va dir «jo aquest tema ja el tinc resolt, li vam fer la lligadura de trompes a la meua filla quan tenia 20 anys, amb la qual cosa això ja ho tinc resolt» ... penseu sobre això que creieu que heu resolt, però aquí parlarem sobre la sexualitat. Després concretament aquest pare, després de la xerrada, se'm va acostar i va canviar el discurs «ostres, és veritat, s'ha fet una intervenció en el cos d'una dona sense consultar-la-hi, ni informar-la-hi, ni demanar la seva col·laboració, ni tan sols considerant-la-hi» (E3).*

Quant a altres actors, **agents i institucions**, es treballa amb Forces i Cossos de seguretat de l'Estat, professionals de l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, estudiants de disciplines de la salut i de ciències socials i amb operadors jurídics.

Les experiències analitzades tenen un compromís amb els moviments en defensa dels drets de les dones i els drets de les persones amb discapacitat i malaltia mental. Per tant, duen a terme múltiples accions de sensibilització dirigits a la societat en general a través de: xerrades en instituts, participació en diferents jornades o trobades, mitjançant campanyes de sensibilització.

Il·lustració 6. Difusió de xerrada informativa. SAVIEX - CERMI Extremadura



Font: HOY Solidario<sup>120</sup>

Il·lustració 7. Difusió de formació especialitzada. CODISA PREDIF Andalusia



Font: Twitter CODISA-Predif<sup>121</sup>

En totes les accions tenen un pes important el treball de trencar mites entorn de les dones amb discapacitat, així com donar una imatge positiva d'elles,

<sup>120</sup> HOY Solidario. Accés

<sup>121</sup> Twitter CODISA-Predif. Accés

donant a conèixer la violència que pateixen i sobretot llançant a la societat la idea que les dones amb discapacitat «no són eternes nenes» i poden exercir els seus drets sexuals i reproductius.

Totes assenyalen que no es pot parlar d'«elles» sense comptar amb «elles», per la qual cosa en les seves accions de sensibilització presten els suports adequats perquè siguin les pròpies dones amb discapacitat les protagonistes. Per exemple, sent les que imparteixen la formació o relatant els seus propis testimonis.

## 6. Gestació subrogada o per substitució

### 6.1. Caracterització de la gestació subrogada o per substitució

#### 6.1.1. Dimensions i aspectes clau

La gestació subrogada o gestació per substitució (d'ara endavant, GS) és una forma d'explotació reproductiva de les dones i, per això, una forma de violència contra les dones (VCM). A Espanya és una pràctica il·legal i la Comissió Europea ha establert amb claredat la relació d'aquesta pràctica amb el tràfic de dones amb finalitats d'explotació.

La GS al·ludeix al conjunt de procediments pels quals una dona acaba gestant un o diversos embrions (té un embaràs), fruit de la fecundació del seu propi òvul o la transferència d'embrions, donant a llum a un o diversos nens/es per a una empresa, per a una altra persona o per a una parella.

Encara que existeix **un profund debat sobre la regulació** d'aquesta pràctica sota els principis de l'altruisme (Regalado Torres, 2017; Piña Sempertegui, 2019; Zegarra Vásquez, 2022), això transcendeix l'acord entre particulars amb vincles personals (previs o no), sent una pràctica que es caracteritza pel seu desenvolupament comercial a nivell mundial (Balaguer, 2017; Marrades Puig, 2017; Serrano Ruiz-Calderón, 2017; Salazar Benítez, 2018; Guerra Palmero, 2018).

La GS suposa un tipus de VCM molt específic, que **tendeix a comportar altres formes de VR** com és la violència l'obstètrica i l'avortament forçós, i que, a més, pot constituir un **delicte internacional** ja que afecta dones que podrien ser subjectes de protecció internacional al nostre país donada la seva vinculació amb el tràfic de dones amb finalitats d'explotació.

**La GS vulnera drets fonamentals reconeguts en l'àmbit tant nacional com internacional:** com el dret a la vida, el dret a la integritat física, el dret a la llibertat de decisió que, malgrat que es planteja com el principal argument a favor de la GS, queda totalment supeditat als desitjos dels comitents o a la pròpia efectivitat del contracte de GS en determinats supòsits, al dret a la salut, a l'autonomia del pacient, als drets sexuals i reproductius, a la llibertat deambulatória i al dret a la dignitat i, en el cas dels menors, al dret a conèixer el seu origen i identitat (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017).



La Comissió Europea (2020) reconeix que el tràfic d'éssers humans a través de la maternitat subrogada és una forma d'explotació; un patró emergent davant el qual dones i nenes són especialment vulnerables. Les víctimes de tràfic destinat a altres formes d'explotació (entre les quals es troba la GS) representarien el 18 % del total de les víctimes de tràfic segons la Comissió Europea (2020).

Les expertes consultades en la recerca han subratllat que la GS és fonamentalment una forma de VR comercial, la qual cosa implica parar esment a les formes en què el capitalisme com a sistema econòmic conflueix amb el patriarcat per formular formes específiques de violència contra les dones (González López; López Paredes; Nuño Gómez; Trejo Pulido). Ambdues es consideren sistemes interdependents d'opressió.

A més de la GS, aquest és el cas també de l'explotació sexual en la prostitució i altres derivades de la indústria sexual. Són violències que des de la perspectiva contemporània no s'entenen sense la comprensió de la intersecció entre capitalisme i patriarcat (Fernández-Martorel, 2018).

El model capitalista neoliberal ha trobat en la GS una oportunitat de guany a través de la necessitat de dues parts. D'una banda, dels pares d'intenció sense possibilitat de tenir descendència de manera natural i que busquen de forma desesperada, de vegades per la pressió social i familiar, qualsevol manera de tenir un fill amb el seu mateix ADN. I, d'altra banda, de les dones en situació de vulnerabilitat, que troben recursos econòmics que podrien pal·liar-la (Szygendowska, 2021).

Malgrat això **les característiques de la GS són molt poc conegudes** pel conjunt de la societat que, en general, fa servir estereotips fomentats per les empreses comercialitzadores que oculten les conseqüències sobre les mares gestants i encobreixen les situacions de coerció i violència a les quals solen estar sotmeses. Això té com a conseqüència la normalització de la pràctica i la invisibilitat de l'abús.

D'aquesta manera, és **una forma de violència contra les dones que no és reconeguda com a tal** en molts llocs i per molts agents. Certament, des d'una perspectiva internacional, existeixen diferents enfocaments sobre aquesta pràctica, en la seva majoria arrelats a la societat i legislació dels diferents països.

Malgrat les raons per les quals les dones consenten inicialment aquesta pràctica és **l'accés a un ingrés**, s'estima que les mares gestants només perceben el 0,9 %, del volum de negoci mundial. L'estimació de les xifres de negoci de la GS en l'àmbit mundial se situa entorn dels 6 milions de dòlars a l'any, per la qual cosa algunes expertes parlen de **proxenetisme reproductiu** (Nuño Gómez, 2016; Trejo Pulido, 2017),

La manca de reconeixement condiona, per descomptat, la normativa sobre aquest tema, però també el grau de sensibilització social i institucional. En aquest sentit, sovint s'empra una **perspectiva allunyada dels drets de les dones i les seves vivències** i es posa el focus sobre el procés de naixement d'un fill o filla desitjats per la part compradora. La gestació es converteix en un mitjà menor per a aquest fi i es produeix la **deshumanització** de la mare gestant. Aquesta perspectiva d'invisibilització es veu afavorida pel debat social sobre els drets de reconeixement dels menors i les menors gestats i, per tant, pels interessos de les persones que recorren a aquesta pràctica per tenir un bebè.

D'aquesta manera, **se subordina la integritat física i la salut de les mares gestants els cossos de les quals són imprescindibles**, ja que són els qui sofreixen la contínua vulneració o, fins i tot, la pèrdua total dels seus drets durant la gestació, abans i després d'ella. Com s'explicava al capítol 2 *Violència contra la capacitat i el dret a la reproducció*, la gestació subrogada comprèn un **conjunt complex de pràctiques comercials, sanitàries i administratives** que suposen un continuum de vulneració de drets fonamentals per a les dones víctimes de la mateixa i que va més enllà de la gestació mateixa.

La **perspectiva feminista** ajuda a comprendre com la noció patriarcal sobre les dones minimitza l'ovulació, la implantació embrionària, l'embaràs, donar a llum i enfrontar un postpart. El conjunt de la societat, el sistema socio-sanitari i les pròpies dones **infravaloren el paper de les dones en la reproducció, el seu valor i els seus costos**.

Tal com assenyalen investigadores com Fernández-Martorel (2018) tots aquests processos queden relegats com a fets secundaris, «automàtics». En el seu conjunt, suposarien un procés natural on tots **els subprocesos psicològics i emocionals, fisiològics i socials són per complet minimitzats en les vides de les dones**.

S'obvia i simplifica tot ells entorn de la noció de «gestació», que es concep com una «funció bàsica» per a qualsevol dona, que no té major rellevància. Davant d'això, passa a un primer pla la tecnologia (esfera masculina per excel·lència), que és la protagonista. La tècnica de reproducció assistida (la fecundació in vitro) ocupa, juntament amb l'acte

administratiu davant l'estat del registre del bebè, els relats d'en què consisteix la GS; i les dones, que són les úniques que poden fer tot això possible, són conceptualitzades com a subjectes passius portadors dels productes «nen» / «nena» (Fernández-Martorel, 2023).

«En el cas de la gestació subrogada les analogies amb el procés productiu fàbriques de bebès, són evidents i la reificació de les dones gestants no es pot considerar com un avanç de la llibertat, sinó com un retrocés cap a l'esclavitud» (Guerra Palmero, 2018: 49). Per tant, cal adoptar un enfocament interseccional en l'estudi de la GS i posar fi a la mercantilització del cos de les dones en aquest i altres àmbits (Guerra Palmero, 2018).

Respecte de les **diferents denominacions** que rep la GS, aquestes depenen de l'aspecte que es vulgui destacar –i també de la valoració ètica que es faci–, coneixent-se com: gestació subrogada, maternitat subrogada, ventre de lloguer, gestació per substitució, maternitat de lloguer, maternitat per substitució, etc. (Comitè de Bioètica d'Espanya, 2018). Si bé des del moviment feminista es prefereix incidir en la noció de gestació comercial o maternitat comercial per posar en el focus a les empreses, que són les que fomenten aquesta pràctica i desenvolupen les pràctiques de violència contra les dones gestants.

Se subratlla, per tant, que **els processos vitals no es poden ni subrogar ni substituir**, mentre que «ventre de lloguer» remet només a una part del cos (com si no es veiés compromès tot l'organisme en el seu conjunt) i és menys respectuós amb les gestants (que no són mers ventres) (Nuño Gómez, 2023).

Dins de la discussió sobre la terminologia, els **termes més comuns** són la noció de *ventres de lloguer, maternitat per substitució o gestació subrogada* que s'empren com a eufemismes d'aquesta complexa pràctica.

Quant al primer terme, el correcte seria parlar de mare de lloguer -en lloc de ventre de lloguer-, ja que no es contracta només el ventre, sinó a la dona en la seva integritat perquè dugui a terme una gestació que els pares/mares d'intenció no poden o no desitgen dur a terme. «Tampoc sembla correcte parlar de 'maternitat per substitució' ja que des de la perspectiva biològica i genètica la maternitat no és substituïble: o hi ha maternitat genètica (la mare que aporta l'òvul) o hi ha maternitat fisiològica (la mare gestant)» (Comitè de Bioètica d'Espanya, 2018: 9).

En aquest sentit, l'OMS ha assenyalat que la gestant subrogada «és la dona que porta endavant un embaràs havent acordat que ella lliurarà el bebè als pares previstos. Els gàmetes poden originar-se dels pares previstos i/o de tercers» (2010).

**La GS tendeix a ser presentada de manera reduccionista en tres parts:** (1) la dona gestant, (2) el pare/mare o pares intencionals o comitents i (3) el bebè o bebès nascuts mitjançant aquesta pràctica. Segons les relacions entre les parts i les variables que intervenen, existeixen diferents modalitats de GS que són representades de la següent manera (veure taula):

Taula 6. Modalitats actuals de gestació subrogada

Variable	Tipus de GS
<b>Acord retributiu</b>	<p><u>GS altruista:</u> la dona gestant no rep un pagament per això, encara que sí que pot haver-hi una compensació per despeses, danys o pèrdua d'ingressos derivats del procés de gestació.</p> <p><u>GS comercial o lucrativa:</u> (la més practicada) la dona gestant obté una retribució econòmica que és superior a la compensació de les despeses i molèsties sofertes per la gestació.</p>
<b>Origen de la dotació genètica del bebè</b>	<p><u>GS gestacional o plena:</u> la dona gestant aporta «únicament» la capacitat gestacional de l'úter. Mitjançant aquesta tècnica es renuncia als drets sobre el/la bebè nascut/a. Es poden donar 3 situacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'empren gàmetes de tots dos pares d'intenció</li> <li>• Els dos gàmetes procedeixen de donants o de donació d'embrions</li> <li>• Un dels progenitors aporta un gàmeta mentre l'altre procedeix de donació</li> </ul> <p><u>GS tradicional o parcial:</u> la dona gestant proporciona també l'òvul -que en general no és manipulat- (aquesta pràctica està gairebé en desús).</p>
<b>Relació afectiva o familiar amb la dona gestant</b>	<p><u>GS intrafamiliar:</u> si la dona gestant pertany a la família dels pares d'intenció (mare, germana, filla, tia, etc.). En aquest cas, el bebè tindrà un doble vincle amb la gestant: el derivat de la gestació i el de la filiació legal.</p> <p><u>GS extrafamiliar:</u> si la dona gestant no té relació familiar amb els pares intencionals.</p>
<b>Condicions d'entrega del bebè</b>	<p><u>GS amb renúncia abans del part:</u> la dona gestant renúncia a la maternitat abans del naixement del bebè, per la qual cosa després del part aquest serà lliurat. És la forma habitual de la GS comercial.</p> <p><u>GS sense renúncia abans del part:</u> es pot recordar amb la gestant que no renunciï de manera prèvia i que pugui decidir en els dies posteriors al naixement si lliura finalment al bebè.</p>
<b>Territori</b>	<p><u>GS nacional:</u> els pares intencionals duen a terme la GS en el mateix país on resideixen.</p> <p><u>GS internacional:</u> els pares d'intenció acudeixen a un altre país diferent al que resideixen per realitzar la GS.</p>

Elaboració pròpia

Sota la concepció triangular, **la resta de figures del procés queden molt invisibilitzades, però són igual de rellevants** per comprendre la dimensió del problema:

- L'empresa captadora de dones gestants i la comercialitzadora de la pràctica (si no és la mateixa), els seus procediments i pràctiques i el benefici econòmic que obtenen.
- Els establiments i professionals sanitaris que intervenen en el procés de preparació hormonal i tractaments per a la implantació i gestació de l'embrió i la resta de l'atenció sanitària a la mare, incloent-hi interrupcions de l'embaràs, avortaments espontanis, el part i el postpart (si el cobreix).
- Agents institucionals de registre administratiu i legal dels i les bebès acceptats per la part compradora; que abasten els estats on viuen les mares gestants i els estats on viuen els compradors.
- Els nens i nenes que són rebutjats, i per tant les seves vides posteriors.
- Les institucions que es fan càrrec de les criatures rebutjades.

Així mateix, hem de considerar en el debat **els drets dels nens i nenes nascuts per GS** (Balaguer, 2017) i els seus futurs drets a conèixer a la seva progenitora gestant<sup>122</sup>.

La maternitat subrogada és, per la seva pròpia naturalesa, brou de cultiu per a l'explotació, l'abús i el tràfic de persones, i no sols als països en vies de desenvolupament. Als Estats Units, l'any 2015 es va desmantellar una xarxa d'advocats que havia creat un inventari de bebès no nascuts per vendre'ls al preu de 100.000 dòlars utilitzant la GS (Professionals per l'ètica, 2015: 9)

### 6.1.2. Prevalença del problema

**No existeixen registres estadístics** específics sobre el fenomen, per la qual cosa resulta difícil quantificar el veritable abast i les dimensions d'aquesta manera de VCM.

Sol realitzar-se una aproximació quantitativa al problema a través dels registres en ambaixades i consolats. D'aquesta manera, a través de les ambaixades i consolats i altres procediments registrals poden identificar-se el nombre de nenes i nens registrats<sup>123</sup> per persones de

---

<sup>122</sup> L'any 2020 el Comitè de Bioètica d'Espanya va elaborar un informe en el qual recomanava la modificació de l'article 5.5 de la Llei de Reproducció Humana Assistida per eliminar l'anonimat en la donació de gàmetes. Espanya era un dels pocs països europeus, amb França i Itàlia que encara ho mantenia.

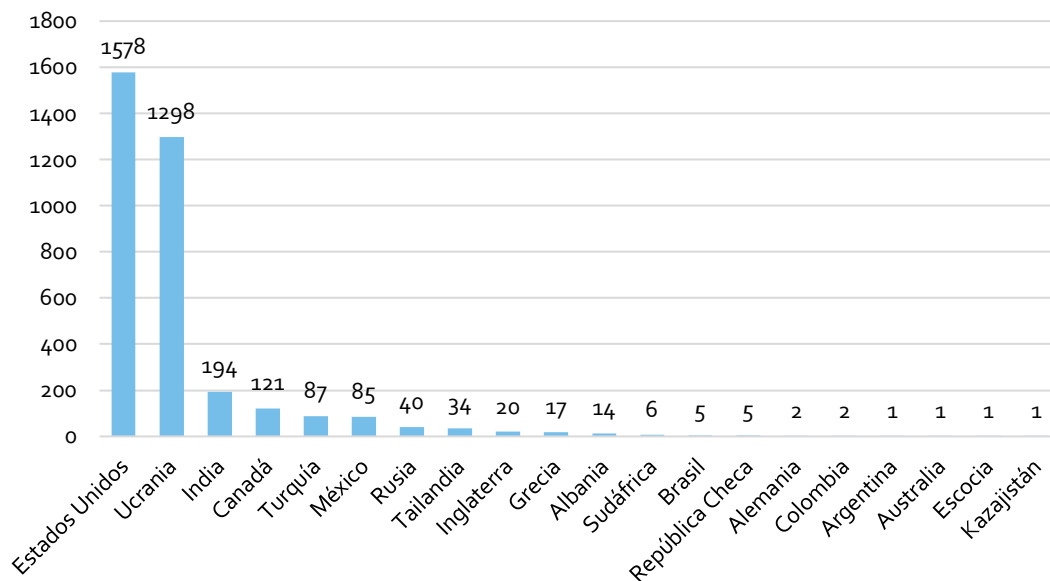
<sup>123</sup> Com a part d'aquesta recerca es va realitzar una sol·licitud al Ministeri d'Afers exteriors i a la DGVG sobre les dades actuals de sol·licituds de registre de bebès als registres civils dels consolats espanyols. El Ministeri d'Afers exteriors, a través del portal de transparència, va facilitar al juliol de 2023 les dades disponibles sobre el «nombre de sol·licituds presentades a les oficines consulars espanyoles entre els anys 2010 i 2022 per a la inscripció de menors nascuts

nacionalitat espanyola, així com els seus països de naixement. El que permet una aproximació a la problemàtica. No obstant això, es tracta d'una visió parcial i esbiaixada, ja que s'atén les i els menors -en aquest cas en relació al seu registre civil- i no al nombre real de dones que són víctimes de GS en qualsevol de les seves formes.

Les dades aportades pel Ministeri d'Afers exteriors, per respondre a la consulta realitzada en el present estudi, indiquen que entre l'any 2010 i l'any 2022 s'haurien realitzat 3.512 sol·licituds d'inscripció a bebès nascuts per GS en consolats espanyols de diferents països.

Respecte dels **països origen**, els Estats Units (els EUA) amb 1.578 sol·licituds (suposarien el 44,9 % del total) i Ucraïna amb 1.298 (el 37,0 %) són els dos llocs en els quals s'han realitzat major nombre de sol·licituds en el període 2010-2022, si bé hi ha més països com pot veure's en el gràfic següent.

Gràfic 8. Sol·licituds presentades en les oficines consulars espanyoles per a la inscripció de menors nascuts mitjançant tècniques de gestació per substitució per països (2010-2022)<sup>124</sup>.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Ministeri d'Afers exteriors sol·licitats via llei de transparència (2023).

mitjançant tècniques de gestació per substitució», mentre que la DGVG, per correu electrònic, va respondre que no disposa de dades sobre aquest tema.

<sup>124</sup> Les dades per a 2013 presenten un pic pel fet de comptabilitzar-se en aquest any el nombre de sol·licituds d'efectuades en el consolat espanyol de Nova Delhi (Àsia) entre 2010 i 2013, que ascendeix a un total de 90 sol·licituds, ja que no es disposa d'aquestes dades desagregades per anys.

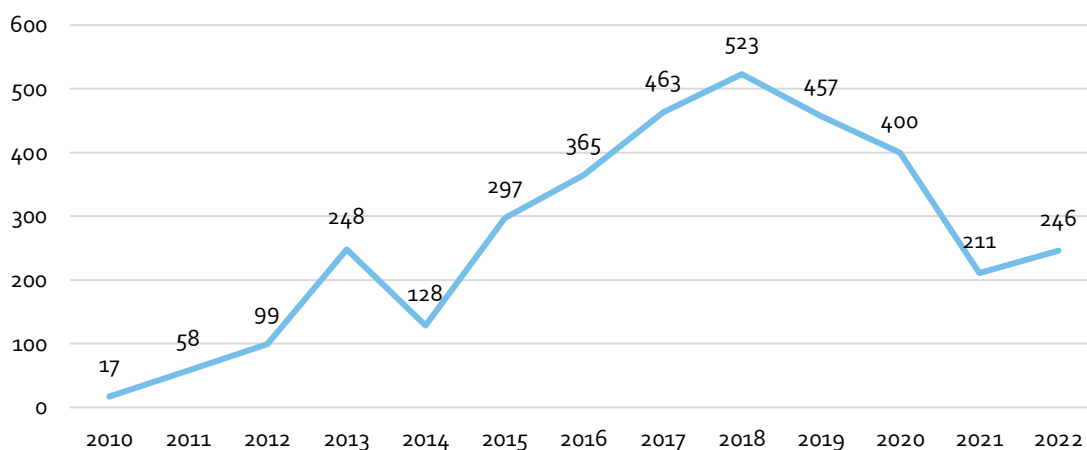
La diferència en el nombre de sol·licituds als EUA i Ucraïna davant la resta de països és elevada i té a veure, fonamentalment, amb la legislació de cada territori en matèria de GS i també amb el cost o el preu del «servei» que ofereixen les diferents empreses.

No obstant això, aquestes dades només mostren una petita part de la realitat i és difícil de quantificar el nombre total de persones de nacionalitat espanyola que han tingut filles o fills per GS. Moltes opten per inscriure directament aquests bebès en arribar a Espanya, al Registre Civil Central, on no es recull cap mena de dada relacionada amb la gestació. Hi ha, per tant, una probable subestimació del fenomen.

Cal assenyalar que el descens del nombre de sol·licituds d'inscripció als consolats a partir de 2019 indica que **cada cop són més els bebès que es registren directament a Espanya.**

Una explicació que encaixa amb aquesta hipòtesi és que enguany, el 2019, es va dictar sobre aquest tema la *Instrucció de 18 de febrer de 2019, de la Direcció General dels Registres i del Notariat, sobre actualització del règim registral de la filiació dels nascuts mitjançant gestació per substitució*, que considera que els registres civils als consolats només podran fer-se en els casos en els quals existeixi una sentència ferma de l'autoritat judicial del país corresponent.

Gràfic 9. Evolució del nombre de sol·licituds per inscriure bebès nascuts per GS als consolats espanyols per anys (2010-2022)<sup>125</sup>



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Ministeri d'Afers exteriors sol·licitats via llei de transparència (2023).

<sup>125</sup> Les dades per al 2013 presenten un pic pel fet que es comptabilitza en aquest any el nombre de sol·licituds d'efectuades al consolat espanyol de Nova Delhi (Àsia) entre 2010 i 2013, que ascendeix a un total de 90 sol·licituds, ja que no es disposa d'aquestes dades desagregades per anys.

Les coalicions d'ONG feministes que porten un seguiment del fenomen (com CIAMS, Stop Surrogacy Now o RECAV) que alerten sobre la violació de drets humans de les mares gestants, assenyalen que en no existir un registre o quantificació del nombre de dones afectades és molt difícil dimensionar el problema.

## 6.2. Les dones víctimes i les conseqüències d'aquesta VR

La major part de la literatura se centra en el debat bioètic i legal sobre la GS (Regalado Torres, 2017; Albert Márquez, 2017; Aparisi Miralles, 2017; Casciano, 2018; López, de Montalvo, Alonso, Bellver, Cadena, De los Reyes, Fernández, Jouve, López, Nombela, Romero, i Serrano, 2018; Pinya Sempertegui, 2019; Zegarra Vásquez, 2022). Gairebé no existeixen recerques centrades en les experiències de les dones com a mares gestants subrogades, per la qual cosa les dones víctimes d'aquesta violència reproductiva (VR) i les seves necessitats són encara molt poc conegudes.

### 6.2.1. Característiques de les dones víctimes

Existeix un consens entre persones investigadores i expertes sobre GS sobre la situació de vulnerabilitat en què es troben les dones que posen el seu cos al servei de la GS comercial (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Albert Márquez, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020; Marró Mirant, 2023). Això té lloc a qualsevol país i especialment en aquelles societats o contextos culturals on persisteix de manera més notable la subordinació de les dones respecte dels homes, on aquestes es troben especialment desprotegides davant la instrumentalització del seu cos i la consegüent ocupació per a fins aliens (Aparisi Miralles, 2017; Nuño Gómez, 2020).

Les víctimes són dones joves en edat reproductiva, d'entre 25 i 35 anys, que en general ja han estat mares amb anterioritat, característiques amb les quals es pretén assegurar la viabilitat de l'embaràs. Són dones que en general manquen de formació i tenen poques o nul·les oportunitats laborals. Generalment estan desocupades o exerceixen treballs precaris en l'economia informal (E8).

Alguns estudis assenyalen que menys del 4 % són dones amb estudis universitaris i més del 40 % es troba en situació de desocupació i/o percep ajudes socials (Trejo Pulido, 2017).



Es tracta, per tant, de dones en una situació de vulnerabilitat extrema que no tenen recursos econòmics o aquests són molt escassos. De facto, la causa més habitual per la qual una dona s'involucra en la GS és l'econòmica (Casciano, 2018).

Aquesta decisió és presa per la parella si la dona és casada. En aquest sentit, el marit de la víctima pot tenir un paper fonamental en la presa de decisions, per sobre de la pròpia dona gestant que, amb freqüència es pot trobar en un rol de subordinació emocional, social i legal al seu marit, limitant la seva autonomia o fins i tot en situació de violència de gènere (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Albert Márquez, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020; Marró Mirant, 2023). Així mateix, com assenyala la Comissió Europea, pot tractar-se d'una dona víctima de tràfic de persones amb finalitats d'explotació reproductiva.

L'objectiu últim que persegueixen les gestants és aconseguir millorar el seu estatus socioeconòmic i poder mantenir a les seves famílies (Abell-Selby, 2019). Per exemple, que els seus fills rebin una educació i surtin de la pobresa (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Un fet que assenyalen alguns estudis és que les dones gestants que ja tenien fills abans de sotmetre's a la GS no han tingut la capacitat econòmica per alimentar-se adequadament durant els seus embarassos anteriors, en canvi, durant la subrogació aquesta situació canvia, ja que el benestar del bebè està supeditat a la salut de la dona gestant. Això dona una idea de l'impacte que produeix l'arribada d'ingressos econòmics a les seves vides (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Les víctimes parteixen d'una situació d'asimetria (cultural, econòmica, ...) entre la dona gestant i els pares comitents, la qual cosa posa en un risc major la vulneració de l'autonomia i els drets de la dona (Aparisi Miralles, 2017; Casciano, 2018; Abell-Selby, 2019).

El fet de gestar un bebè per a altres persones implica un procés que transcendeix la gestació. No pot considerar-se una decisió lliure quan la dona gestant es troba en una situació de vulnerabilitat, perquè manca d'autonomia suficient per exercir el seu dret a la llibertat, si aquesta es troba en situació de desigualtat (Aparisi Miralles, 2017; López Rodríguez, 2017; Casciano, 2018; González López, 2019; Szygendowska, 2021).

Els pares/mares d'intenció que viatgen a altres països (generalment, en vies de desenvolupament) per dur a terme la GS, no enfronten les mateixes dificultats socials ni econòmiques que les dones gestants. No tenen en compte ni els costos ni les implicacions que la subrogació comporta per a aquestes dones, reproduint la vulnerabilitat física i estructural envers aquestes.

Recerques com les d'Amrita Pande (2014) a l'Índia descriuen com es produeix el **procés de «reclutament» de les dones** gestants i de manera particular, com algunes dones justifiquen la decisió de ser gestants adoptant un nou *codi moral*, de vegades religions, i deixant de banda les seves creences personals, entorn de l'altruisme. També s'ha investigat la influència que té la desigualtat social en la GS per a les dones índies (Abell-Selby, 2019), conclouent que aquestes són explotades o no en funció de la seva classe socioeconòmica.

El procés de selecció de la dona gestant per part de les empreses i els pares/mares intencionals implica multitud de proves i criteris, que tendeix a incloure criteris racials sobre la selecció de la mare gestant (Professionals per l'ètica, 2015).

És habitual entre les dones gestants la incomprensió de les implicacions de la situació que han d'enfrontar. La GS exposa a les gestants a situacions en les quals augmenta la seva vulnerabilitat, a causa d'un procés en el qual perden la seva veu i estan subjugades a les normes d'un contracte, sovint abusiu.

En gairebé la totalitat de les ocasions les dones presenten dificultats per entendre un contracte que generalment es troba en anglès o en un idioma que no és el seu nadiu. Fins i tot en la seva pròpia llengua, s'enfronten a un llenguatge legal les característiques i les implicacions del qual van més enllà de la comprensió inicial del text (com succeeix amb qualsevol persona fora de l'àmbit del dret). La falta d'educació i d'assessorament en el procés de signatura del contracte no sols limita les oportunitats futures d'aquestes dones, també suposa un obstacle en la capacitat de les gestants a l'hora de negociar amb els pares d'intenció sobre l'acord (Abell-Selby, 2019).

Les mares gestants es veuen relegades a rols dependents, des dels quals han d'assumir les ordres dels pares/mares d'intenció i personal mèdic relacionat amb les empreses (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Aquesta situació arriba a implicar que algunes víctimes assumeixin aquest paper de mares gestants recloses en els centres de residència de gestació (Pande, 2014; Abell-Selby, 2019). És a dir, la reclusió pot formar part del procés de GS, sobretot al final de l'embaràs, la qual cosa implica l'aïllament de la víctima del seu entorn familiar i de suport emocional (Fernández-Martorel, 2023).

Mentre que en els embarassos no comercials la prioritat sol ser la salut de la mare gestant, en la comercial es prioritza el benestar del nasciturus (vegeu López, De Montalvo, Alonso, Bellver, Cadena, De los Reyes, Fernández, Jouve, Nombela, Romero i Serrano, 2018). El procés de GS relega a un lloc secundari la integritat física i la salut de les dones gestants víctimes enfront dels del fetus, per la qual cosa veuen suspesos els seus drets durant el període de gestació, no podent prendre de vegades decisions reproductives com tenir un part vaginal davant d'una cesària, malgrat que la primera és el més adequat per a la salut d'aquesta (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020).

És freqüent que la mare gestant ho sigui de diversos embrions perquè abarateix el cost del segon bebè per a la part compradora. Aquest fet incrementa el risc d'embaràs i part múltiple de les víctimes (Professionals per l'ètica, 2015).

Aquesta deshumanització s'accentua quan hi ha un contracte pel mig on se sol·licita l'avortament si el fetus sofreix Síndrome de Down o altres característiques genètiques no desitjades pels pares/mares; o bé quan s'imposa l'avortament d'un dels fetus en cas d'embaràs múltiple, com una condició per rebre els diners acordats, sense tenir en compte els efectes que això pot comportar per a la mare o els bebès no nascuts (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017).

Sens dubte, els debats respecte de la lliure autodeterminació és un aspecte susceptible de crítica en els processos de GS, ja que l'aparent llibertat de decisió està condicionada per les circumstàncies economicosocials que envolten la dona gestant (Regalado Torres, 2017).

### 6.2.2. Conseqüències de la gestació subrogada

Els debats socials i legislatius sobre la GS habitualment s'estableixen entorn de la **relació patrimonial de prestació d'un servei** i no des de la perspectiva dels drets de les dones. Des del primer enfocament, la gestació per substitució desenvolupa una pràctica de mercantilització

del cos de les dones. Permet que les persones amb capacitat econòmica se sentin amb el dret de comprar un bebè (Szygendowska, 2021; Nuño Gómez, 2020) i que l'explotació reproductiva de les dones vulnerables ofereixi aquesta possibilitat. Per tant, la primera conseqüència és la **normalització d'aquesta manera de violència**.

La GS **contribueix a la infravaloració dels cossos de les dones i la seva funció en la reproducció humana, els seus costos i implicacions socials**. Suposa una vulneració de drets fonamentals de les dones i dels nens i les nenes que arriben a la vida per aquesta via. La reificació, la instrumentalització i la despersonalització de la mare gestant són efectes i caràcters propis, constitutius i inherents a la GS (Casciano, 2018).

Una conseqüència d'especial rellevància és foment del tràfic. Com que s'ha identificat la relació que existeix entre la GS i el **tràfic de persones amb finalitats d'explotació i el trànsit de menors**.

«La mercantilització d'éssers humans i l'explotació de persones necessitades en països en vies de desenvolupament són només les manifestacions més greus d'aquesta figura. El perfil dels països que realitzen l'oferta i els que realitzen la demanda d'aquesta mena de gestació reforcen la idea que la gestació subrogada constitueix un vehicle d'explotació de dones» (Pardo Miranda, 2023: 8).

Les **conseqüències derivades del procés de gestació** que han d'enfrontar les víctimes són sobretot de tipus físic i psicològic, però també socials i econòmiques.

Encara que moltes de les dones gestants veuen inicialment la GS com una oportunitat de guanyar capacitat de supervivència -en el marc de la feminització de la pobresa i les contrageografies de la globalització (Sassen, 2003)-, la veritat és que la GS reforça les desigualtats i incrementa la vulnerabilitat de les dones (Aparisi Miralles, 2017; López Rodríguez, 2017; Casciano, 2018; Gonzalez López, 2019; Szygendowska, 2021).

Les pròpies mares gestants minimitzen el seu treball reproductiu i infravaloren l'impacte que té en les seves vides. Infravaloren els costos físics, psicològics, socials i econòmics que impliquen els processos de gestació «no reeixida» o al llarg del procés.

Les conseqüències físiques de la GS sobre les dones gestants, tant durant el procés com posteriorment, incideixen en l'autonomia corporal i en la salut de les dones (Abell-Selby, 2019).

**Prèviament a la gestació**, totes les dones són sotmeses a anàlisis mèdiques i a tractaments hormonal. Aquests difereixen sobre el fet de si es requereix la fertilització del propi òvul o no, amb la inseminació posterior, o bé si es realitza la implantació d'un embrió.

L'ús de medicaments per a la preparació de la mare gestant per rebre els embrions transferits l'exposa a un **risc major d'augment de la pressió intracranial** (Center for Bioethics and Culture [CBC], s.f.).

És fonamental entendre que el procés que porta a l'embaràs en la GS **difereix d'una concepció espontània i que existeixen importants detalls mèdics** fins que s'estableix la gestació. El tractament hormonal que provoca l'ovulació en la dona té **importants riscos per a la seva salut** (Farhud, Zokaei, Keykhaei i Yeganeh, 2019; Trejo Pulido, 2017) com, per exemple, resultats obstètrics negatius, problemes vasculars comparats amb un embaràs espontani (Wu, Sharma, Mehta, Chew-Graham, Lundberg, Nerenberg, Graham, Chappell, Kadam, Jordan i Mamas, 2022; Udell, DI. i Redelmeier, 2017) o severa deterioració de la salut mental a llarg termini (Vikström, Josefsson, Bladh i Sydsjö, 2015).

**En l'embaràs**, les dones assumeixen diferents canvis i també riscos per a la seva salut. Un embaràs comporta inevitablement canvis físics com ara l'augment de pes, inflor, alteracions de l'apetit, augment de la micció, canvis hormonal, dolor d'esquena o nàusees, entre d'altres, que en general afecten a totes les persones embarassades. Algunes d'aquestes conseqüències com l'augment de pes, l'aparició d'estries o una possible cicatriu amb motiu del part o dels parts i cesàries programades, no desapareixen després del part.

Hi ha **complicacions que poden donar-se en qualsevol embaràs**, com ara embòlies, anèmia per deficiència de ferro, hemorràgies, diabetis gestacional, hipertensió arterial, eclàmpsia, hiperèmesi gravídica, avortament espontani, placenta prèvia, despreniment de placenta, treball de part prematur, depressió i ansietat o, fins i tot, la mort, al que cal sumar els problemes que pugui presentar el fetus (Ministeri de Sanitat i Consum, 2005). Però, a més, «gestar una criatura que genèticament no és pròpia suposa un major risc de complicacions greus com la preeclàmpsia» (Trejo Pulido, 2021: 49).

En el cas dels embarassos de GS, les condicions particulars de concepció, gestació i part establertes en els contractes exposen les dones gestants a un **procés molt agressiu per a la seva salut física i mental**, comportant riscos per als bebès, en tractar-se d'un embaràs «altament medicalitzat, tecnificat, controlat i alienat» (Trejo Pulido, 2021: 49).

Les dones embarassades amb un òvul donat tenen un **risc més de tres vegades superior a desenvolupar hipertensió** induïda per l'embaràs i la preeclàmpsia (CBC, s.f.).

També s'han documentat casos de morts de mares gestants (CBC, s.f.).

És comú que en cada intent es transfereixin múltiples embrions que, juntament amb la sobrehormonació a la qual són sotmeses les dones, té el conseqüent augment de la probabilitat **d'embarassos múltiples, associats a un risc major de complicacions maternes i perinatals**, com ara la diabetis gestacional, la restricció del creixement fetal i la preeclàmpsia, així com el part prematur (CBC, s.f.).

Davant d'aquesta situació, **la mare subrogada no té veu** i és la part contractant la que decideix si es realitzen avortaments selectius o es duu a terme la gestació de 2 o 3 bebès, i si després es vol quedar amb tots els infants o no. Les mares gestants tampoc no tenen capacitat de decisió sobre el part, el qual és programat i induït en la majoria de casos, en moltes ocasions per cesària.

Durant la GS són habituals les proves d'amniocentesi o altres proves genètiques invasives, que impliquen riscos i són doloroses, per tal de garantir la integritat genètica del gestat i descartar el risc de malformacions o determinades anomalies genètiques (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Trejo Pulido, 2021; Professionals per l'ètica, 2015). En cas de detectar-se algun problema, la dona és sotmesa a un avortament (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Trejo Pulido, 2021; Professionals per l'ètica, 2015). Això podria constituir una altra forma de violència reproductiva perquè podria donar-se la situació d'avortament forçós (vegeu capítol 4.2).

A causa de les conseqüències de la GS, s'han donat casos en què les dones gestants s'han vist obligades a reinvertir els diners rebuts en la seva recuperació física i emocional i/o per compensar l'estat de baixa laboral postpart, ja que en molts dels països on es realitza la GS les dones manquen d'alguns drets bàsics com ara la baixa per maternitat (E8).

**Respecte del part i el postpart**, en la GS es dona un **percentatge molt elevat de parts induïts i per cesària** (CBC, s.f.; Trejo Pulido, 2021), per petició de la part comitent perquè puguin assistir al naixement i evitar altres riscos per al bebè durant el part vaginal o per decisió de la clínica, per tal de maximitzar el nombre de naixements que realitzen per dia (Trejo Pulido, 2021), circumstàncies que incrementen la probabilitat d'estades hospitalàries més prolongades (CBC, s.f.).

Les cesàries que es produeixen com a finalitat última, per imperatiu del negoci, sense tenir en compte la dona gestant constitueixen una manifestació clara de **violència obstètrica**, juntament amb altres pràctiques mèdiques que es realitzen durant la gestació sense consentiment de la dona gestant. A més, **les cesàries impliquen riscos greus** (Olza, 2018; National Guideline Alliance, 2021) entre els quals trobem el sagnat abundant, la infecció, una recuperació més llarga en comparació amb el part vaginal i la **probabilitat de complicacions en embarassos futurs** (National Library of Medicine, 2021).

En relació al puerperi, un part vaginal normal d'un únic bebè tendeix a estendre's 6 setmanes, en el cas de la GS on el part tendeix a ser per cesària i són freqüents els parts múltiples, les dones gestants no solen rebre atenció mèdica ni psicològica durant la recuperació de període complet del postpart.

Les mares gestants sofreixen l'absència i desatenció tant de la part comitent, com dels intermediaris o clíniques que han portat el procés, que no assumeixen cap responsabilitat sobre la salut de la dona després del naixement del bebè (Trejo Pulido, 2021).

Quant a les **conseqüències físiques per al bebè**, existeix major probabilitat que els infants nascuts per GS tinguin **baix o molt baix pes en néixer**, a més que s'observa un augment entre 4 o 5 vegades superior de **nascuts morts** en els embarassos realitzats mitjançant tecnologies de reproducció assistida (CBC, s.f.).

Els bebès que han sofert conseqüències en la seva salut durant el part, com malformacions o altres característiques no desitjades per la part compradora, són habitualment rebutjats (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Professionals per l'ètica, 2015). Falten estudis que permetin conèixer quina és la situació dels nens i nenes que són abandonats.

Les condicions particulars dels embarassos subrogats que, com s'ha assenyalat, es relacionen amb una probabilitat major d'embarassos múltiples, poden derivar en naixements preterme, amb els conseqüents riscos per als bebès prematurs com a paràlisi cerebral, dificultats d'aprenentatge, desenvolupament lent del llenguatge, dificultats de conducta, malaltia pulmonar crònica i retards en el desenvolupament (Trejo Pulido, 2021).

Les **conseqüències psicològiques** del procés de GS per a les mares gestants són diverses.

«La venda o lloguer del propi cos implica, en última instància, a la totalitat de la persona, i les seqüeles psicològiques de la GS són evidents. Cada vegada es compta amb major evidència científica respecte dels llaços que es creen entre la mare i el bebè durant l'embaràs, alguns pretenen, però, fer creure a la societat que un ventre de lloguer és una cosa asèptica, sense conseqüències psicològiques ni per a la mare ni per al fill» (Professionals per l'ètica, 2015:6).

En molts casos, les dones gestants requereixen suport psicològic (Professionals per l'ètica, 2015; Aparisi Miralles, 2017; Nuño Gómez, 2020; Trejo Pulido, 2021). Cal destacar de manera especial els riscos existents per a la salut mental de les mares gestants després del part i separació del nounat (Professionals per l'ètica, 2015; Aparisi Miralles, 2017).

Alguns estudis sobre l'estat emocional de mares subrogades demostren que tenen alts nivells de depressió durant l'embaràs i el postpart (Lamba, Jadvá, Kadam i Golombok, 2018; Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari i Dadkhah, 2014). Durant l'embaràs les preocupacions de la mare subrogada poden ser diverses com sofrir un avortament espontani després d'experimentar dolor físic en el procés de fecundació in vitro; ansietat per possibles problemes de salut del bebè o malformacions; inseguretats sobre com informar els propis fills/filles propis o familiars sobre la situació; conflictes religiosos i econòmics relacionats amb la gestació subrogada; o temor a les complicacions del part i a la recuperació en el cas que es realitzi una cesària, entre d'altres (Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari i Dadkhah, 2014; Taebi, Masoudi i Ahmadi, 2020).

En el postpart, encara que les dones siguin conscients del lliurament del bebè des de l'inici i tinguin prohibit contractualment l'establiment d'un vincle sentimental amb el bebè que estan gestant, en més d'un 10 % dels casos precisen d'un suport psicològic intens per superar la separació (Aparisi Miralles, 2017).



En les pràctiques comercials on les mares i pares comitents mantenen un contacte estret amb la mare gestant, aquest tendeix a desaparèixer de cop o progressivament després del naixement del bebè. Una vegada es produeix el part, la dona és rebutjada, «es converteix en un element innecessari, molest i amortitzat, en termes de mercat, i sent tot el pes de l'explotació, de la separació del bebè, de la reificació de l'embaràs i dels interessos creats d'una transacció comercial que implicava persones completes i no productes de compra-venda» (Professionals per l'ètica, 2015:7).

Quan la part contractant aconsegueix el que perseguia, com és l'obtenció del bebè o els bebès, qualsevol tipus d'inversió per assegurar la salut física i mental de la mare gestant és considerada per les empreses i clíniques intermediàries com una pèrdua, ja que el producte ja ha estat lliurat. (E8).

A part del descrit, segons investigadors d'epigenètica, els factors prenatals poden afectar negativament o positivament el desenvolupament genètic de l'ésser humà, per tant, **la gestació subrogada presenta un desafiament en aquest camp per l'impacte en la salut del fetus** (Tan, 2020).

A més, les víctimes s'enfronten a **altres conseqüències personals**. La **pèrdua de les xarxes de suport social i familiar** és una altra de les conseqüències que han de fer front les dones gestants.

En alguns països, com a l'Índia, la línia que divideix la GS i el treball sexual en l'imaginari social és molt fina, per això les dones gestants sovint oculten aquesta realitat al seu entorn pròxim, allunyant-se de familiars i amistats durant la subrogació (Abell-Selby, 2019; Trejo Pulido, 2021).

Moltes dones que han estat fora del seu entorn durant l'embaràs i tornen després del part a les seves comunitats (on exerceixen de caps de família i s'impliquen amb la majoria de responsabilitats de la llar) han de fer front a l'estigma social per haver realitzat aquesta pràctica (Abell-Selby, 2019; Trejo Pulido, 2021). Encara existeix molt poca informació sobre quin tipus d'estigmatització han de superar aquestes dones per ser mares gestants.

Un altre aspecte menys conegut és la **vulneració del dret a la intimitat, a la llibertat de moviment i a la capacitat de decisió**.

Les mares subrogades poden ser monitorades segons els seus contractes les 24 hores al dia durant els 7 dies de la setmana per part de les empreses intermediàries i/o per les persones que accedeixen a aquesta pràctica (E8).

També hi ha casos en què se'ls prohibeix mantenir relacions sexuals, o sofreixen fortes restriccions per al control de les relacions socials, arribant fins i tot a veure's obligades a separar-se de les seves famílies (Trejo Pulido, 2021).

Finalment, cal assenyalar que la falta de comprensió dels processos que abasta la GS pot portar a la **criminalització de les dones gestants, la qual cosa pot interpretar-se com una possible conseqüència específica d'aquesta forma de VR (Nuño Gómez, 2020).**

Un exemple d'això es va produir a Cambodja, on la pràctica de la GS es va prohibir el 2016 i més de 60 dones van ser empresonades acusades de gestar per a altres persones. L'habitual en aquests casos era posar les mares gestants en llibertat provisional sota fiança, amb l'obligació de dur a terme l'embaràs i criar el bebè com a propi fins a la seva majoria d'edat (Nuño Gómez, 2020). Les expertes consultades han assenyalat que a Espanya caldria ser previngut, perquè l'article 221 del Codi Penal (CP) espanyol podria suposar la criminalització de la mare gestant.

Per tot l'anterior, l'enfocament institucional sobre la GS a Espanya és el de la consideració com a violència reproductiva. El fet de **legalitzar la GS suposa la deshumanització de les dones i dels bebès**, que es converteixen en parts d'un contracte de compravenda, en mercaderies al cap i a la fi. Suposa una vulneració dels drets de les dones més vulnerables i contribueix a l'augment de la bretxa de desigualtat existent entre els països (Regalado Torres, 2017; Nuño Gómez, 2020; Szygendowska, 2021).

### 6.2.3. Necessitats de les dones víctimes de GS

Entre les persones expertes que han participat es troben algunes experiències d'atenció a víctimes de GS, a través de les quals exposen les seves necessitats.

Les expertes coincideixen a assenyalar que **l'accés a aquestes víctimes és complex**, ja que les dones sotmeses a explotació reproductiva no denuncien. Quan ho fan, aquestes dones corren el risc de ser tractades com a comitents del delictes. A més de no contemplar-se ajudes ni recursos per a les víctimes d'aquesta violència.

A més de les necessitats comunes de les víctimes de VR (punt 4.4 sobre Perspectiva de la integritat), les supervivents de GS **presenten múltiples necessitats** que poden variar segons les circumstàncies individuals de cada dona, però en termes generals les necessitats més comunes són:

- Recursos econòmics: la situació econòmica pot ser diversa i depèn en gran manera del país de les mares subrogades, però en general les dones que accedeixen a gestar per a altres persones ho fan per raons econòmiques, com sosté Nuria González López (E8), advocada especialitzada en Drets Humans<sup>126</sup>.

Una característica comuna és la situació d'emergència econòmica pròpia o d'alguna persona pròxima a la dona que, per exemple, en els casos de dones dels EUA o el Canadà, pot ser costejar les despeses mèdiques d'una malaltia o, en els casos de dones de països en vies de desenvolupament, pot ser un intent de sortir d'una situació d'extrema necessitat. En qualsevol cas, gairebé la totalitat d'elles enfronten una situació excepcional de vulnerabilitat (E8).

- Atenció mèdica i psicològica: les dones gestants precisen de revisions mèdiques amb periodicitat i d'una atenció prenatal que garanteixi el seu benestar i el del bebè, durant l'embaràs i en el part, i especialment en el postpart. També requereixen d'atenció psicològica i emocional, ja que poden experimentar diferents emocions durant el procés. Per aquesta raó, com assenyala Helena López (2023), matrona experta en salut i dona<sup>127</sup> resulta essencial l'accés a atenció sanitària, cures obstètriques especialitzades i a serveis de salut mental de qualitat durant tot el procés de l'embaràs, distingint les següents necessitats segons el moment:

- Abans de l'embaràs:

En els processos en què es realitza un tractament hormonal, com és el cas de la GS, la dona hauria d'haver comptat amb suport socio-sanitari i rebre

---

<sup>126</sup> Nuria González López és advocada experta en Drets Humans (DDHH), autora de *Ventres de lloguer* (2019) i *La Mala Gent* (2021). Actualment, entre altres treballs, presta serveis de suport i assessoria jurídica a mares subrogades. Ha participat en l'estudi com a experta col·laboradora (González, 2023).

<sup>127</sup> Helena López Paredes és infermera (Universitat Europea de Madrid, Espanya) i matrona (University of East Anglia, England), experta en salut i dona, que actualment treballa com a consultora internacional de matroneria per a les Nacions Unides. Ha participat en l'estudi com a experta col·laboradora (López, 2023).

una informació completa dels possibles efectes secundaris de l'estimulació ovàrica mitjançant hormones abans de sotmetre's al procés.

- Durant l'embaràs:

**Les cures durant l'embaràs són part crucial** de la continuïtat en l'atenció de salut reproductiva de la dona, com declara l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2016) i d'acord amb l'estratègia dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)<sup>128</sup> que pretén garantir el benestar i una vida sana de la dona embarassada. Proporcionen una plataforma per a funcions importants que inclouen la promoció de la salut, el garbellat, diagnòstic, i la prevenció de malalties.

En el cas deteriorament matern o fetal, l'equip multidisciplinari ha d'intervenir de manera conjunta unint diferents disciplines per aconseguir un resultat satisfactori (Gómez, Seva, Hellín, Roldán, Paredes, Iglesia, Ruiz i Navarro, 2022).

És molt possible que la mare subrogada necessiti el suport correcte d'una **matrona especialitzada en salut mental** durant l'etapa gestacional, de manera que detecti els signes i símptomes d'alerta per derivar i treballar amb l'equip multidisciplinari.

- Durant el part:

La dona **necessitarà un assessorament previ** sobre com pot desenvolupar-se el naixement del bebè perquè pugui prendre decisions plenament informades, això pot ser considerat un desafiament creant controvèrsia davant l'autonomia de la dona.

La literatura demostra que el part pot ser una experiència satisfactòria però també traumàtica per a la mare, és per això que les dones requereixen una cura individualitzada **atenent les seves necessitats físiques, emocionals i psicosocials** (Rodríguez-Almagro, Hernández-Martínez, Rodríguez-Almagro, Quirós-García, Martínez-Galiano i Gómez-Salgado, 2019).

---

<sup>128</sup> L'Agenda per al Desenvolupament Sostenible o Agenda 2030 (UN, 2015) és una estratègia de desenvolupament sostenible que consta de 17 Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS) que van ser pactats per Nacions Unides (UN) amb el suport dels països membres.

- En el postpart:

El període postnatal està definit des del moment del naixement del bebè fins a les sis setmanes després del part. La nova adaptació i els canvis hormonals fan que sigui una **etapa de gran vulnerabilitat** per a la dona, que necessita una atenció mèdica i psicològica pròxima. Contràriament, les mares estableixen que hi ha un focus intens sobre la salut de les dones durant l'embaràs, però no així en el postpart (Tully, Stuebe i Verbiest, 2017).
- Suport jurídic i/o legal: l'abús i l'explotació subjeuen en la majoria dels processos de GS, l'explotació i la violència estan en la naturalesa del contracte. Quan es parla de pràctiques abusives en el context de la subrogació, es fa referència als innombrables problemes afegits que les dones gestants i els bebès poden enfrontar en el context d'aquests acords.

Les dones gestants, per tant, necessiten una protecció que garanteixi els seus drets.

**Les mares subrogades es converteixen en mers objectes durant el procés de GS**, fins al punt de perdre tots els seus drets. Totes les decisions que es duen a terme des de l'inici de la GS fins al part i lliurament del bebè les pren la part comitent, previ contracte, en moltes ocasions **sense criteris mèdics**.

Resulta rellevant també assistir **les dones gestants que no volen lliurar el bebè**. Es tracta d'una situació poc freqüent, perquè l'extrema necessitat econòmica que empeny les dones a gestar per a altres persones és incompatible amb assumir una càrrega familiar més (E8).

A més de les circumstàncies descrites, **existeixen altres problemes** (alguns ja mencionats) als quals s'enfronten les dones gestants i pels quals poden presentar **altres necessitats**: com la violència obstètrica (que pot incloure mala praxi mèdica, cesària forçosa, proves invasives no desitjades, avortaments forçosos i/o selectius, etc.); incompliment dels pagaments acordats; ruptura unilateral del contracte de la part comitent; abandó de la dona amb el bebè; reclusió forçosa de les mares en «pisos» o residències de maternitat; entre d'altres.

## 7. GS: marc normatiu i institucional

### 7.1. Marc internacional i europeu

#### 7.1.1. Marc general de partida

La **gestació per substitució** violenta la integritat i autonomia corporal i reproductiva de les dones. Converteix les nenes i els nens en un objecte d'intercanvi, afectant els seus drets d'identitat, i les dones embarassades queden reduïdes a cossos gestants. Aquesta forma de violència atempta contra els drets fonamentals de les dones que es troben sovint davant situacions de privació econòmica i en països els contextos polítics dels quals i econòmics tendeixen a caracteritzar-se per la falta de drets i oportunitats.

Cap instrument internacional regula específicament la gestació subrogada (Nuño Gómez, 2020). En el marc europeu, encara que no es recull explícitament com a tal en el Conveni d'Istanbul, el seu art.3 permet abastar aquesta tipologia de VCM (veure capítol 9.1.2) i el Parlament ha mostrat preocupació referent a l'extensió d'aquesta violència. En el marc institucional espanyol es prohibeix explícitament aquesta pràctica.

Nacions Unides (UN, per les seves sigles en anglès) **disposa d'instruments internacionals de drets humans** on podem veure recollides referències anàlogues, encara que no en tots es tracti específicament la GS (Nuño Gómez, 2020). Entre elles, la *Convenció sobre l'Eliminació de tota forma de Discriminació contra la Dona* -del Comitè para l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona (CEDAW)-, la *Convenció de Nacions Unides contra l'Esclavitud*, la *Convenció Internacional sobre els Drets del Nen* (CDN) i el vinculat Protocol Facultatiu, o el Conveni relatiu a la Protecció del Nen i a la Cooperació en matèria d'Adopció Internacional.

El CEDAW, en un dels seus informes<sup>129</sup>, mostra la seva preocupació per les mares subrogants i sol·licita que, mitjançant el suport tècnic de l'Oficina de l'Alt Comissionat

---

<sup>129</sup> El Comitè va examinar el sisè informe periòdic de Cambodja (CEDAW/C/KHM/6) en les seves sessions 1730a i 1731a (vegeu CEDAW/C/SR.1730 i CEDAW/C/SR.1731), celebrades el 29 d'octubre de 2019. La llista de qüestions i preguntes del grup de treball anterior al període de sessions figura en el document CEDAW/C/KHM/Q/6, i les respostes de Cambodja, en el document CEDAW/C/KHM/Q/6/Add.1.

de les Nacions Unides per als Drets Humans, les normes s'ajustin a les normes internacionals de drets humans.

D'altra banda, la CDN (UN, 1989) -ratificada per Espanya i en vigor des de 1991- en l'article 35 exposa que els Estats Parts prendran totes les mesures de caràcter nacional, bilateral i multilateral que siguin necessàries per impedir el segrest, la venda o el tràfic d'infants per a qualsevol finalitat. A més, la CDN reconeix de manera expressa la responsabilitat dels Estats Parts en la garantia del dret a la identitat de nenes i nens (articles 7 i 8), aspectes que es veuen vulnerats en la GS.

El *Protocol Facultatiu*<sup>130</sup> de la Convenció sobre els Drets del Nen, relatiu a la venda de nens, la prostitució infantil i la utilització d'infants en la pornografia (UN, 2000) -ratificat per Espanya el 2002- pretén reforçar els articles 34 i 35 de la CDN i **atorgar una major protecció a nenes i nens** davant l'explotació sexual, els abusos sexuals i la venda o trànsit de menors. Encara que no esmenta específicament la situació particular de les nenes i els nens nascuts per GS, en l'article 2.A considera que:

*Per venda de nens s'entén tot acte o transacció en virtut del qual un nen és transferit per una persona o grup de persones a una altra a canvi d'una remuneració o de qualsevol altra retribució.*

Resulta d'especial rellevància assenyalar l'Informe de la Relatora Especial de les Nacions Unides sobre la venda i l'explotació sexual de nens, inclosos la prostitució infantil, la utilització de nens en la pornografia i altre material que mostri abusos sexuals d'infants (2018), ja que inclou un «**estudi sobre la gestació per substitució i la venda d'infants**» i realitza recomanacions per fer efectiva la prevenció i prohibició de la venda de nens.

Aquest informe de la Relatora Especial<sup>131</sup> (UN, 2018) considera «**inacceptable la discriminació de les dones en virtut de la instrumentalització del seus cossos amb finalitats culturals, polítics, econòmics o d'un altre tipus**» i anima a altres mecanismes i entitats de les UN al fet que investiguin la GS i les seves repercussions sobre els drets

---

<sup>130</sup> Els Protocols facultatius de la Convenció sobre els Drets del Nen són un instrument de l'Assemblea General de les Nacions Unides que reforcen les normes contingudes en la Convenció.

<sup>131</sup> El Comitè Econòmic i Social Europeu (CESE) coincideix amb la Relatoria Especial del Consell de Drets Humans de Nacions Unides mostrant preocupació «per l'increment de la denominada gestació subrogada» i exposa que «coincideix amb l'expressió manifestada pel Parlament Europeu que la considera una forma d'explotació reproductiva que vulnera la dignitat de les dones. Per tant, entén que aquesta pràctica—quan sigui negoci jurídic on mediï lucre o benefici de qualsevol de les parts, inclosa la publicitat—, ha de considerar-se com una forma de violència contra les dones i contemplar-se al mateix nivell que l'explotació sexual». (CESE, 2022: 3.12).

de les dones amb l'objectiu d'elaborar una normativa basada en els drets humans. A més, assenyala que «res del que es consigna en el present informe haurà de ser interpretat com a limitació de l'autonomia de les dones quant a l'adopció de decisions ni dels seus drets a la salut sexual i reproductiva» (UN, 2018: 4. Èmfasi afegit).

La Relatora va encomanar l'ONG Servei Social Internacional (ISS per les seves sigles en anglès) l'elaboració de principis i normes internacionals que regeixin els contractes de GS d'acord amb la normativa dels drets humans i els drets del nen. Aquesta recomanació, denominada «Principis per a la protecció dels drets del nen nascut per gestació subrogada», i coneguda com «**Principis de Verona**» (ISS, 2021), tenen com a objectiu la protecció dels drets de les nenes i nens nascuts mitjançant GS. Té 18 principis, com són:

- Principi 1: Dignitat humana
- Principi 2: El nen com a titular independent de drets
- Principi 3: El dret del nen a la no discriminació
- Principi 4: Dret del nen a la salut
- Principi 5: Protecció prèvia a la maternitat subrogada
- Principi 6: Interès superior del nen
- Principi 7: Consentiment de la mare de lloguer
- Principi 8: Consentiment dels futurs pares
- Principi 9: Consentiment de les persones que proporcionen material reproductiu humà
- Principi 10: Filiació legal i responsabilitat parental
- Principi 11: Protecció de la identitat i accés als orígens
- Principi 12: Notificació, registre i certificació de naixements
- Principi 13: Prevenció de l'apatrídia
- Principi 14. Prevenció i prohibició de la venda, explotació i trànsit d'infants
- Principi 15: Transparència en assumptes financers
- Principi 16: Intermediaris
- Principi 17: Resposta davant esdeveniments inesperats en els acords de maternitat subrogada
- Principi 18: Cooperació entre Estats, regions i autoritats locals



Destaca el principi 7, que fa al·lusió al consentiment de la dona gestant, assenyalant (ISS, 2021):

*7.1. La confiança en la integritat de les circumstàncies que envolten el seu acord de maternitat subrogada és de gran importància per als drets del nen. La mare subrogada ha d'estar en condicions de prendre decisions independents i informades, lliures d'explotació i coacció.*

*7.2. La presa de decisions de manera lliure i informada en tots els assumptes legals, socials, financers i mèdics per part de la mare subrogada ha de ser secundada abans dels acords de subrogació, durant tot l'embaràs i després del part.*

*Caldrà establir i garantir condicions que permetin la mare subrogada exercir la seva autodeterminació. La maternitat subrogada només ha de permetre's quan la mare subrogada, entre altres coses:*

- a. sigui legalment major d'edat*
- b. hagi experimentat com a adulta, almenys un part anterior que no hagi estat un acord de maternitat subrogada;*
- c. sigui competent i tingui la capacitat cognitiva de prendre decisions, donar el seu consentiment i exercir la seva autonomia i autodeterminació.*

Malgrat les consideracions de la Relatora Especial anteriorment esmentades sobre les dones gestants (UN, 2018) i que l'informe de l'ISS (2021) especifica que **els Principis de Verona no suposen una aprovació de la GS**, tots dos documents se centren exclusivament en els drets del menor nascut per GS i **manquen d'un enfocament de gènere** que atengui els drets de les dones gestants i que propiciï l'anàlisi de la seva situació socioeconòmica o de les circumstàncies i raons que les han portat a exposar-se a la subrogació.

Diferents **organitzacions feministes internacionals, i dins de l'estat espanyol, han criticat els Principis de Verona**. D'aquesta manera, la Coalició Internacional per l'Abolició de la Maternitat Subrogada -CIAMS- (2022) considera que, sota el pretext de protegir els drets dels menors que neixen per GS, tendeixen a **promoure la regulació internacional** d'aquesta pràctica. Ha elaborat una crítica en 8 punts que comprèn les idees següents:

1. suposaria un suport a la indústria internacional de l'explotació reproductiva

2. una temptativa de despenalitzar la gestació subrogada,
3. una estratègia per a oposar els drets de les dones als drets dels menors,
4. una concepció «low cost» de la dignitat humana,
5. omet la qüestió de la dignitat de les dones contractades com a mares de lloguer,
6. conté un concepte esbiaixat de l'interès superior del menor,
7. implica un enfocament superficial i una instrumentalització del concepte de consentiment,
8. es fonamenta en la construcció social de la creença en el dret a tenir fills.

Respecte de **la regulació jurídica que existeix als països**, trobem diferents situacions (González, Guerrero, Hernández, Holgado, Ingelmo, Justo, Lázaro, López, Lucas, Martín, Mateos i Mateos, 2021; Nuño Gómez, 2023):

- Estats que permeten la GS tant altruista com comercial, com és el cas d'Ucraïna, Rússia, l'Índia i alguns estats dels EUA. Encara que cal assenyalar que en estats federals com els Estats Units i Mèxic la regulació és molt dispar d'un estat a un altre.
- Estats que únicament permeten la GS altruista. Es tracta del model de regulació més comuna entre els països europeus que permeten aquesta pràctica com ara el Regne Unit, Grècia o Portugal.
- Estats que prohibeixen la GS en qualsevol de les seves modalitats, també present en països europeus com Espanya, Itàlia o França, entre d'altres.
- Estats que es troben en uns llimbs jurídics perquè no es recull en cap sentit. Marc internacional.

En general, la normativa internacional presenta un **enfocament allunyat de la protecció de les dones** davant d'aquesta pràctica i centrat fonamentalment en els drets del bebè gestat.

Resulta d'interès observar la pràctica dels EUA i el Canadà, dues de les tres principals destinacions internacionals dels espanyols/es per a la pràctica de la GS, destacant:

- EUA: és el territori que presenta major flexibilitat, encara que la legislació depèn de l'estat on es realitzi la gestació. D'una banda, es considera delictes penal a Nova York, Arizona i Míchigan, i es prohibeix i el contracte és nul a Kansas, Louisiana, Nebraska i Indiana. D'altra banda, està permesa per a qualsevol model de família (heterosexuals, homosexuals o persones solteres) a Florida, Califòrnia, Arkansas, Delaware, Nou Hampshire, Nevada i Illinois. En altres estats que es permet s'imposen determinats requisits: Texas sol·licita l'aprovació d'un jutge; a Tennessee tots dos membres de la

parella han d'aportar els seus gàmetes; Utah estableix que els pares d'intenció han d'estar casats i la dona gestant no pot ser la donant d'òvuls; a Nova Jersey no es permet la gestació comercial i els pares només tenen 3 dies per reclamar els drets de maternitat; i a Vermont precisa d'una sentència judicial posterior al part (Cáceres Lara, 2019).

- Canadà: la pràctica és legal -Assisted Human Reproduction Act<sup>132</sup> (SC 2004, c. 2)- per a qualsevol model de família (parelles heterosexuales, homosexuals i persones solteres) però només es permet la modalitat de GS altruista. La dona gestant, a més, ha de ser major de 21 anys i haver tingut almenys un fill abans de la gestació. La paternitat legal del bebè s'aconsegueix mitjançant l'aprovació d'un/a jutge/ssa (Cáceres Lara, 2019). A l'Amèrica Central i a Sud-amèrica, la legislació sobre aquest tema és diversa. No a tots els països es recull la GS en la normativa. Alguns exemples de països on si es recull la GS són:
  - Argentina: com indica Cáceres Lara (2018) la GS no està regulada i fins al moment la justícia ha fallat diverses causes. No obstant això, s'han presentat diverses propostes de Llei, com la *Regulació de la Tècnica de Gestació Solidària 5700-D-2016*<sup>133</sup> o el *Projecte de Llei 5759-D-2016*<sup>134</sup>, que consideren la GS altruista (o solidària). Altres iniciatives són el *Projecte de Llei 3202-2017*<sup>135</sup> que modifica alguns articles del Codi Civil i Comercial per incloure la gestació subrogada, i el *Projecte de Llei 3765-D-2017*<sup>136</sup> que estableix la necessitat d'una autorització judicial per a la GS.
  - Brasil: La llei no considera aquesta pràctica, però està considerada en l'apartat VII de la *Resolució CFM núm. 1.957 / 2010*<sup>137</sup> del Consell de Medicina Federal). Contempla la GS en la modalitat altruista i en els casos en què existeix un problema mèdic que impedeix o contraindiqui que la mare d'intenció (que serà la donant genètica) dugui a terme l'embaràs. Entre les condicions que s'imposen, s'estableix que les dones gestants han de ser familiars (de fins a segon grau) de la dona donant genètica -GS intrafamiliar-, la resta de casos estan subjectes a l'autorització del Consell Regional de Medicina.

---

<sup>132</sup> Assisted Human Reproduction Act del Canadà. Accés

<sup>133</sup> Regulació de la Tècnica de Gestació Solidària 5700-D-2016 d'Argentina. Accés

<sup>134</sup> Projecte de llei 5759-D-2016 d'Argentina. Accés

<sup>135</sup> Projecte de llei 3202-2017 d'Argentina. Accés

<sup>136</sup> Projecte de llei 3765-D-2017 d'Argentina. Accés

<sup>137</sup> Resolució CFM n. 1.957 / 2010 de Brasil. Accés

- Colòmbia: està prohibida la GS en la modalitat comercial i el Projecte de Llei Estatuària considera controls per prevenir-la. D'acord al *Projecte de Llei 88 de 2017*<sup>138</sup>, «Llei Lucía», es considerava la GS altruista en els casos d'impossibilitat natural de procrear.
- Mèxic: no existeix una llei específica que reguli la gestació subrogada i depèn de cada estat. En alguns com Querétaro, Coahuila o San Luis Potosí està explícitament prohibida. A Tabasco (Codi Civil) -que limita l'accés a la GS només a ciutadans mexicans- i Sinaloa (Codi Familiar de l'estat), en canvi, es permet en els casos en els quals existeix una impossibilitat física o contraindicació mèdica que la mare d'intenció dugui a terme la gestació (Cáceres Lara, 2019). A Mèxic DF la proposta de llei favorable a la GS està enfocada a assegurar els drets de filiació als pares intencionals (Hernández i Santiago, 2011).
- Uruguai: permet la GS únicament si la mare d'intenció no pot gestar un embrió propi per un impediment mèdic (capítol IV de la llei 19.167<sup>139</sup>). Aquesta incapacitat ha de ser reconeguda per l'equip mèdic, que realitzarà un informe per a la Comissió Honorària de Reproducció Humana Assistida, òrgan encarregat d'avaluar si es compleixen les condicions establertes. En aquest cas es permetrà una dona o una parella recórrer a la GS altruista intrafamiliar i acordar amb una familiar (fins a segon grau de consanguinitat) la implantació i gestació d'un embrió propi -entenen-se com a propi aquell que és format com a mínim per un gàmeta de la parella o per l'òvul en el cas de dones solteres- (Cáceres Lara, 2019).

Més enllà dels països llatinoamericans, **altres països** amb legislació sobre GS són:

- Austràlia: només es permet la GS altruista i les condicions depenen dels estats. És l'únic país en el qual la dona gestant és considerada la mare per la qual cosa, després del part, aquesta té dret a quedar-se amb el bebè si així ho desitja. Generalment, la GS només està permesa per a parelles heterosexuales. En estats com Queensland, Tasmània i Nova Gal·les del Sud també es permet a parelles homosexuals. A més, a Queensland i Nova Gal·les del Sud també les persones solteres poden accedir a aquesta pràctica si demostren la seva incapacitat per gestar (Cáceres Lara, 2019).

---

<sup>138</sup> *Projecte de llei núm. 88 de 2017 Senat» Per mitjà de la qual es reglamenta la reproducció humana assistida, la procreació amb assistència científica i es dicten altres disposicions –Llei Lucía– de Veneçuela. Accés*

<sup>139</sup> *Llei 19.167 de l'Uruguai. Accés*

- Geòrgia: només es permet a parelles heterosexuales casades en els casos en els quals la mare d'intenció no tingui úter. Entre altres criteris que s'estableixen, destaquen que la dona gestant no pot superar els 35 anys, haver tingut almenys un fill propi amb anterioritat i tenir un nivell socioeconòmic mig-alt. El bebè serà inscrit en el registre pels pares d'intenció, sense necessitat de consentiment de la mare gestant. I en el cas particular de parelles espanyoles, perquè el consolat d'Espanya reconegui la filiació paterna el pare ha d'aportar els seus espermatozoides (El Mundo, 2023).
- Índia: permetia les dues modalitats de contracte de GS (comercial o altruista), sent una de les principals destinacions per a aquesta pràctica. Però, com a altres països asiàtics, va abandonar –el 2016, amb l'aprovació de la llei *Surrogacy (Regulation) Bill, 2016*<sup>140</sup> la modalitat comercial en favor dels estrangers i en l'actualitat la legislació del país només permet la GS altruista en els casos de parelles heterosexuales infèrtils de nacionalitat índia (El Mundo, 2023).
- Sud-àfrica: permet la modalitat altruista -d'acord amb la normativa «Children's Act 38» de 2005- i a persones residents al país ja sigui una persona soltera o una parella, requerint que els gàmetes utilitzats siguin d'almenys un d'ells. A més, s'estableix que la persona o parella, pares d'intenció, no puguin tenir un fill o filla per motius permanents i irreversibles (Cáceres Lara, 2019).
- Tailàndia: era una de les principals destinacions per a aquesta pràctica fins que el 2015 va modificar la legislació. La llei actual només permet la gestació subrogada a parelles heterosexuales i nacionals (El Mundo, 2023).

**L'absència d'un marc internacional comú, la diversitat de criteris i l'oposició d'alguns països** -com els EUA, entre d'altres- a reconèixer la CEDAW i la CDN, propicien un context que situa, tant les dones gestants com els infants gestats, en una posició de vulnerabilitat extrema davant la violació dels seus drets (Nuño Gómez, 2020).

### 7.1.2. Context europeu

En el **context europeu**, la norma referent en la lluita contra les violències masclistes, el Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (Conveni d'Istanbul) -ratificat per Espanya el 2014-, no esmenta la GS com una forma

---

<sup>140</sup> *Surrogacy (Regulation) Bill, 2016* de Índia. Accés

de violència contra les dones, però com ja ha estat explicat, l'article 3 dona cabuda a totes les formes de violència contra les dones. Això és degut a les múltiples expressions que té la VCM i a la qual les institucions triguen a arribar en el desenvolupament de la seva acció institucional.

En aquest marc, **el Parlament Europeu**, ha estat l'única institució supranacional que ha mostrat de manera clara una posició contrària a la regulació de la GS (Nuño Gómez, 2020). La *Resolució del Parlament Europeu*, de 17 de desembre de 2015, sobre l'Informe anual sobre els drets humans i la democràcia al món (2014) i la política de la Unió Europea en aquest sentit (2015/2229(INI)) considera el següent, dins del marc dels drets de les dones i les nenes:

*«Condemna la pràctica de la gestació per substitució, que és contrària a la dignitat humana de la dona, ja que el seu cos i les seves funcions reproductives s'utilitzen com una matèria primera; estima que ha de prohibir-se aquesta pràctica, que implica l'explotació de les funcions reproductives i la utilització del cos amb finalitats financeres o d'un altre tipus, en particular en el cas de les dones vulnerables als països en desenvolupament, i demana que s'examinin amb caràcter d'urgència en el marc dels instruments de drets humans» (Parlament Europeu, 2017: 115).*

Altres institucions com el **Tribunal Europeu de Drets Humans** (TEDH), ha mostrat una major ambivalència envers el tema en no regular expressament la GS ni envers la reproducció humana assistida. El TEDH remet a la legislació nacional de cada estat, la qual cosa permet un marge molt ampli en termes de tractament i consideració (Nuño Gómez, 2020).

El propi TEDH de facto, reconeix l'absència de consens a Europa i tendeix a considerar que en aquests casos preval el dret a la identitat del menor sobre la base de l'article 8 *Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals*<sup>141</sup> (d'ara endavant *Conveni Europeu dels DH*). Així ho exposa per primera vegada el 2014 i en sentències posteriors.

Quant a la **normativa nacional dels països europeus** s'observa una regulació dispar entorn de la GS. Entre els països que permeten aquesta pràctica, Ucraïna resulta especialment rellevant en situar-se com la segona destinació on acudeixen més espanyols per dur a terme la GS. Altres «països de destinació» de les i els espanyols són: Rússia, Anglaterra i Grècia.

---

<sup>141</sup> Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals. Accés

- Ucraïna: abans de la guerra era la principal destinació a Europa per a les persones que recorren a aquesta pràctica. Permet la GS en qualsevol modalitat només a parelles heterosexuales casades<sup>142</sup> i en els casos en què la mare d'intenció té reconeguda la incapacitat mèdica per gestar el seu propi bebè. A Ucraïna, a més, la dona gestant ha de ser anònima i no pot reclamar la maternitat, per la qual cosa no té cap dret ni deure sobre el bebè que gesta (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).  
No obstant això, la guerra no ha detingut l'explotació reproductiva de dones ucraïneses i la principal clínica dedicada a la GS al país -BioTexCom- continua funcionant malgrat la invasió. Després de l'esclat de la guerra, BioTexCom es va traslladar a un búnquer, encara que es desconeixen les garanties de seguretat que ofereixen per a les dones gestants i els bebès<sup>143</sup>.
- Rússia: permet la GS altruista o comercial, només per a parelles heterosexuales -com Ucraïna- i en els casos en què la mare d'intenció té reconeguda la incapacitat mèdica per gestar el seu propi bebè. La dona gestant no pot aportar els seus òvuls, i ha de tenir entre 20-35 anys, haver tingut almenys un fill propi amb anterioritat i realitzar un examen físic i emocional. A més, en cas que la dona gestant estigui casada, s'ha de tenir el consentiment previ del marit (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).
- Regne Unit: només es permet la modalitat altruista per a parelles (homosexuales o heterosexuales) i exclou persones solteres. Des del naixement del bebè, els pares d'intenció tenen 6 mesos per sol·licitar la paternitat o es considerarà fill/a legal de la dona gestant. A més, almenys un dels membres de la parella ha de residir al Regne Unit per sol·licitar l'ajuda d'una dona gestant. Per aquesta raó, el Regne Unit és una destinació poc ocupada per a persones estrangeres. La GS al Regne Unit és poc utilitzada també pels propis britànics que opten amb freqüència per l'Índia, ja que no trobarien dones britàniques que consentissin ser mares gestants.
- Grècia: la GS comercial està prohibida, només es permet la modalitat altruista a parelles heterosexuales i dones solteres que no poden gestar els seus propis fills, situació que la mare d'intenció ha de justificar mitjançant un certificat d'infertilitat. La dona

---

<sup>142</sup> Ucraïna prohibeix el matrimoni entre persones del mateix sexe per la qual cosa, en no poder complir amb el requisit d'estar casades, les parelles homosexuales no poden recórrer a la GS (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

<sup>143</sup> Martín, A. (2023). *La guerra no ha detingut l'ús de ventres de lloguer a Ucraïna*. El País. Accés

gestant no pot aportar els seus òvuls i el procés ha de comptar amb el consentiment d'un/a jutge/ssa.

- Portugal: el 2017 va entrar en vigor la Llei 25/2016, que establia les condicions per a l'aplicació de la GS, i que seria derogada pel Tribunal Constitucional del país en considerar que violava diferents principis i drets, entre els quals es troba el penediment de la gestant. A finals de 2021, després de diversos anys de debat, es va aprovar la Llei 26/2021 sobre gestació subrogada vigent en l'actualitat. Aquesta llei permet a parelles heterosexuales o parelles de dones accedir a la modalitat de GS altruista únicament en els casos en què la dona no tingui úter o presenti una lesió o situació clínica irreversible que li impedeixi tenir un embaràs. Entre les particularitats d'aquesta mesura, destaca el termini de 20 dies amb què compta la dona gestant a partir del part per decidir si finalment desitja lliurar o no el bebè. Malgrat l'aprovació de la llei, només s'ha registrat un procés des de la seva entrada en vigor.

D'altra banda, altres països europeus com **Suècia, Alemanya i especialment França i Itàlia** s'han posicionat en contra de la regulació d'aquesta pràctica de VR.

- França: la GS és una pràctica il·legal recollida en el Codi Civil i Penal francès, particularment prohibida per la Llei 94-653 de 29 juliol de 1994. Aquesta llei introdueix l'article 16-7 del Codi Civil francès que estableix la nul·litat de ple dret de qualsevol acord sobre la gestació per compte d'una altra persona i el CP, en l'article 227-14, estableix penes de presó i multa per a aquelles persones que mitjancin entre persones que vulguin tenir un bebè amb aquesta pràctica i la dona que l'hagi de gestar. A més, la jurisprudència francesa ha estat molt clara proclamant la nul·litat d'aquestes pràctiques, arribant a negar la inscripció en el Registre Civil els bebès subrogats nascuts fora de les fronteres franceses. El 2014, de facto, existeixen dues conegudes sentències del TEDH<sup>144</sup> en les quals es condemna a l'estat francès per no inscriure dues menors nascudes per GS als EUA (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

---

<sup>144</sup> STEDH 26 juny 2014: aquesta sentència del TEDH assenta doctrina entorn de dos casos semblants resolts anteriorment segons la legislació francesa. En tots dos casos, una parella de nacionalitat francesa recorre a la GS (la primera després de diversos intents fallits de fecundació in vitro i la segona per problemes de fertilitat) en dos estats diferents dels EUA. Les autoritats franceses neguen en tots dos casos la inscripció del naixement.

El TEDH exposa que el no reconeixement de la relació de filiació entre els bebès nascuts per GS a l'estranger i les parelles que recorren a aquesta pràctica en el Dret francès no es limita a la situació dels pares d'intenció, si no que afecta també la dels menors, «el dret dels quals sobre la vida privada, que implica que cadascun pugui establir la substància de la seva identitat, inclosa la seva filiació, es troba significativament afectat» (CGPJ, 2016: 8). Així, el TEDH considera que existeix una situació d'incertesa jurídica en relació al fet que els menors puguin veure



- Itàlia: la GS està prohibida i la seva pràctica es castiga amb dures penes legals. La Llei núm. 40 del 19 de febrer de 2004, en l'article 4.3, prohibeix recórrer a la pràctica de la procreació mèdicament assistida de tipus heteròloga -com succeeix amb la GS- i en l'article 12.6 imposa multes econòmiques molt elevades i penes de presó per l'ús de «mares de lloguer» (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

El 2015, el TEDH<sup>145</sup> també va intervenir davant la **negació de les autoritats italianes a la inscripció d'un bebè nascut per GS**. La inscripció de la parella com a pares es va realitzar, en primera instància, d'acord amb la legislació russa -on es va realitzar el procés de GS-, però posteriorment se'ls va imputar per alteració de l'estat civil, falsedat i violació de la llei sobre adopció, «en tant es van acreditar notables falsedats en el relat dels fets, negant-los el reconeixement de la filiació establerta a l'estranger» (Consell General del Poder Judicial [CGPJ], 2016).

Les autoritats italianes no sols no van reconèixer la filiació sinó que, després de 6 mesos de convivència, van posar al menor sota la tutela d'una institució, impeding el contacte mutu, a més de lliurar-lo a una família d'acolliment.

Recentment, mitjançant una ordre de la delegació del govern a Milà, s'ha sol·licitat a l'alcalde de la ciutat interrompre la inscripció de les i els bebès de parelles del mateix sexe nascuts a l'estranger per gestació subrogada (El Mundo, 2023).

---

reconeguda la seva nacionalitat francesa i poder heretar dels esposos recurrents, incertesa que es manifesta amb major intensitat si un dels membres de la parella ha participat a l'hora d'engendrar el bebè.

En la conclusió assenyala que «en obstaculitzar el Tribunal de Cassació francès tant el reconeixement com l'establiment del seu vincle de filiació respecte del seu pare biològic (atès que ni tan sols li permet reconèixer-lo com a fill o adoptar-lo)» (CGPJ, 2016: 8), l'Estat francès ha excedit els límits del seu marge discrecional, i ha ignorat el dret dels nens a la seva vida privada, infringint l'art. 8 del Conveni Europeu dels DH.

<sup>145</sup> STEDH 27 gener 2015: una parella de nacionalitat italiana recorre, després de diversos intents sense èxit de fecundació in vitro, a la GS a Rússia, on la dona gestant va donar el seu consentiment escrit perquè el bebè fos inscrit com a fill dels pares d'intenció italians.

El Tribunal de nou considera el trencament del art.8 del Conveni Europeu dels DH, en aquest cas per part de les autoritats italianes, en allunyar el menor dels pares, ja que després d'una convivència de més de sis mesos els tres constituïen un nucli familiar «de facto».

## 7.2. Marc normatiu espanyol

### 7.2.1. Normativa estatal

A Espanya, des del 1988 la *Llei 35/1988*<sup>146</sup>, de 22 de novembre, sobre tècniques de reproducció assistida -article 10- considera el contracte de gestació subrogada nul de ple dret i és una pràctica que **no és permesa en cap de les seves modalitats**, aspecte que es manté en la posterior i vigent *Llei 14/2006*<sup>147</sup>, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida. L'article 10 sobre Gestació per substitució, assenjala concretament:

- 1. Serà nul de ple dret el contracte a través del qual es convingui la gestació, amb previu o sense, a càrrec d'una dona que renuncia a la filiació materna a favor del contractant o d'un tercer.*
- 2. La filiació dels fills nascuts per gestació de substitució serà determinada pel part.*
- 3. Queda fora de perill la possible acció de reclamació de la paternitat respecte del pare biològic, conforme a les regles generals.*

A més, segons l'article 221 del CP<sup>148</sup> el lliurament del bebè està tipificada com un delicte:

- 1. Aquelles persones que, mitjançant compensació econòmica, lliurin a una altra persona un fill, descendent o qualsevol menor encara que no tingui relació de filiació o parentiu, eludint els procediments legals de la guarda, acolliment o adopció, amb la finalitat d'establir una relació anàloga a la de filiació, seran castigats amb les penes de presó d'un a cinc anys i d'inhabilitació especial per a l'exercici del dret de la pàtria potestat, tutela, curatela o guarda per temps de quatre a 10 anys.*
- 2. Amb la mateixa pena seran castigats la persona que ho rebí i l'intermediari, encara que el lliurament del menor s'hagués efectuat en país estranger.*
- 3. Si els fets es cometien utilitzant guarderies, col·legis o altres locals o establiments on s'han de recollir infants, s'imposarà als culpables la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de les referides activitats per temps de dos a*

---

<sup>146</sup> Llei 35/1988, de 22 de novembre, sobre Tècniques de Reproducció Assistida. Accés

<sup>147</sup> Llei 14/2006, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida. Accés

<sup>148</sup> Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del CP. Accés

*sis anys i es podrà dictar la clausura temporal o definitiva dels establiments. En la clausura temporal, el termini no podrà excedir de cinc anys.*

No obstant això, persones expertes i investigadores feministes consideren que hi ha un **risc de criminalització**. Assenyalen que aquest article del CP situa al mateix nivell els pares d'interès i la dona gestant, a la qual considera igualment comitent del delictes, i no té en compte ni la situació de vulnerabilitat que enfronten majoritàriament les dones que accedeixen a gestar per a altres persones ni les relacions jeràrquiques que s'estableixen durant els processos de gestació i que releguen les dones gestants a una posició de subordinació.

Al nostre país, cal destacar en el marc estatal el paper del **Comitè de Bioètica d'Espanya**<sup>149</sup>. En el seu *Informe sobre els aspectes ètics i jurídics de la maternitat subrogada* es manifesta la postura de la majoria d'integrants del Comitè que «*entén que tot contracte de gestació per substitució comporta una explotació de la dona i un mal als interessos superiors del menor*» (López et al., 2018:86) i formula tres criteris que haurien d'orientar una reforma legislativa:

- Principi de mínima intervenció: la reforma hauria d'estar orientada a aconseguir la nul·litat efectiva dels contractes de GS, aplicable també al contactes celebrats a l'estranger. Per a això, s'hauria de considerar la sanció de les agències dedicades a la intermediació i en cas de no resultar efectives per impedir la GS, recórrer a altres mesures legals que reforcin el seu compliment
- Prohibició universal de la maternitat subrogada internacional: adopció de mesures destinades a la prohibició dels contractes de GS en l'àmbit internacional.
- Transició segura: el Comitè reconeix que durant l'elaboració de la reforma és probable que un nombre indeterminat de persones espanyoles estiguin immerses en processos de GS, situació que ha de tenir-se en compte en la transició cap a una regulació efectiva per no deixar desprotegides les nenes i els nens nascuts arran d'aquests processos. Per això, el Comitè proposa garantir la seva filiació a l'estranger d'acord amb la doctrina establerta pel Tribunal Suprem (TS).

Quant a les **polítiques públiques** implementades, aquestes manquen d'especificitat suficient.

---

<sup>149</sup> Creat en compliment de la Llei 14/2007, de 3 de juliol, de Recerca Biomèdica com a «òrgan col·legiat, independent, amb caràcter consultiu sobre les matèries relacionades amb les implicacions ètiques i socials de la Biomedicina i les Ciències de la Salut», adscrit al Ministeri de Sanitat.

El *Pla Estratègic Nacional contra el Tràfic i l'Explotació d'Éssers humans (2021-2023)*<sup>150</sup>, en el marc general, exposa que el tràfic d'éssers humans -com a delicte antecedent- engloba totes les formes d'explotació conegudes -delicte final- assenyalant particularment entre aquestes la GS. Davant d'aquest «fenomen criminal greu» relata la **necessitat de realitzar un abordatge multidisciplinari i integral** que contribueixi a establir línies d'acció tant en l'àmbit públic com privat, incloent-hi el tercer sector.

L'*EEVM*<sup>151</sup> (2022-2025), en línia amb el Conveni d'Istanbul, manifesta que és necessari **ampliar l'enfocament d'anàlisi de la violència que atempta contra les dones en l'àmbit dels drets sexuals i reproductius** i que existeix el compromís d'atendre les vulneracions greus dels drets reproductius que són manifestacions de violència contra les dones, com la GS (Delegació del Govern contra la Violència de Gènere [DGVG], 2022).

L'EEVM 2022-2025 reconeix que **algunes formes de violència sexual poden constituir delictes internacionals**<sup>152</sup> i mostra especial preocupació per violències sexuals que es produeixen en l'àmbit transnacional com «el tràfic de dones i nenes amb finalitats d'explotació sexual, el matrimoni infantil, precoç i forçós, la **gestació subrogada comercial**, i la mutilació genital femenina (MGF)».

Segons l'EEVM es constitueixen com a violència contra les dones en l'àmbit dels drets sexuals i reproductius aquells actes que, basant-se en la discriminació per raó de gènere, **atempten contra la integritat o l'autodeterminació de les dones** en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, la seva lliure decisió sobre la maternitat, el seu espaiament i oportunitat, inclosos l'avortament i l'esterilització forçosos.

Entre les diferents formes de violència en l'àmbit reproductiu, segons l'EEVM 2022-2025, l'«**embaràs forçós**» en relació amb l'explotació comercial de les dones mitjançant la GS (o ventres de lloguer) mereix especial atenció perquè «aquest tipus de violència materialitza l'explotació reproductiva del cos de les dones per a fins comercials, podent sofrir situacions relacionades amb la falta de consentiment informat complet, coacció i privació arbitrària de llibertat» (DGVG, 2023: 48).

---

<sup>150</sup> Pla Estratègic Nacional contra el Tràfic i la Explotació d'Éssers humans (2021-2023). Accés

<sup>151</sup> Estratègia Estatal per combatre les Violències Masclistes -EEVM- (2022-2025). Accés

<sup>152</sup> D'acord amb la *Recomanació núm. 35 de la CEDAW*, «Entre altres, crims de lesa humanitat i crims de guerra com la violació, l'esclavitud sexual, la prostitució forçada, l'embaràs forçat, l'esterilització forçosa o qualsevol altra forma de violència sexual de gravetat comparable, de conformitat amb els articles 7 1) g), 8 2) b) xxii) i 8 2) e) vi) de l'Estatut de Roma de la Cort Penal Internacional». Accés

L'EEVM 2022-2025 **no inclou actuacions específiques** sobre aquesta forma de violència en estar en tràmit, en el moment d'elaboració i aprovació de l'Estratègia, l'avantprojecte de llei que modifica la Llei orgànica 2/2010 sobre la salut sexual i reproductiva.

La reforma de la Llei orgànica 2/2010 o «Llei de l'avortament» -Llei orgànica 1/2023<sup>153</sup>, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs- posa de manifest que malgrat que la GS és il·legal a Espanya (d'acord amb la Llei 14/2006 anteriorment esmentada) es continua produint a l'empareda de la diversa regulació internacional, considerant per això que **la GS s'ha de reconèixer normativament com «una forma greu de violència reproductiva»** i que s'han de prendre mesures per prevenir i perseguir la seva pràctica. De facto, aquesta reforma incorpora l'**Article 32. Prevenció de la gestació per subrogació o substitució:**

Article 32. Prevenció de la gestació per subrogació o substitució:

1. La gestació per subrogació o substitució és un contracte nul de ple dret, segons la Llei 14/2006, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida, pel qual s'acorda la gestació, amb o sense preu, a càrrec d'una dona que renuncia a la filiació materna a favor del contractant o d'un tercer.
2. Es promourà la informació, a través de campanyes institucionals, de la il·legalitat d'aquestes conductes, així com la nul·litat de ple dret del contracte pel qual es convingui la gestació, amb o sense preu, a càrrec d'una dona que renuncia a la filiació materna a favor del contractant o d'un tercer.

L'article 32 està integrat al capítol III de mesures de prevenció i resposta davant formes de violència contra les dones en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva del títol III sobre les «Protecció i garantia dels drets sexuals i reproductius» que s'incorpora en la Llei 1/2023. En el mateix títol III, també es consideren els capítols 1 i 2 sobre la responsabilitat institucional i la protecció i garantia dels drets sexuals i reproductius en l'àmbit ginecoobstètric, respectivament.

A més, la Llei 1/2023 introdueix en l'**article 7 bis, sobre l'atenció a la salut reproductiva**, que els serveis públics de salut garantiran: un enfocament antidiscriminatori i interseccional en la

---

<sup>153</sup> Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. Accés

seva intervenció; l'accés a la informació sobre els drets reproductius, prestacions públiques i cobertura sanitària durant l'embaràs, el part i el puerperi; la provisió d'assistència, suport emocional i acompanyament de la salut mental a les dones que ho requereixin durant el postpart o en el cas de mort perinatal; i la provisió especialitzada d'atenció psicològica o sexològica amb perspectiva de gènere, entre altres preceptes.

Aquesta norma estableix en l'article 11 l'elaboració de l'Estratègia Estatal de Salut Sexual i Reproductiva<sup>154</sup>, i en l'article 30 es considera que aquesta estratègia «contemplarà un apartat de prevenció, detecció i intervenció integral per a la garantia dels drets sexuals i reproductius en l'àmbit ginecològic i obstètric».

No obstant això, malgrat l'expressa prohibició de la GS per la normativa espanyola, **la filiació dels nens i nenes nascuts mitjançant aquesta pràctica s'ha anat concedint**.

El nostre ordenament jurídic considera que la nul·litat únicament afecta al contracte, qüestió que se soluciona una vegada aconseguida la filiació, però no preveu un il·lícit penal per compravenda de bebès (Nuño Gómez, 2020).

Prova d'això és la Sentència del Tribunal Suprem (STS) 5375/2016 (CGPJ, 2016), en la qual es fa referència a dues sentències prèvies del TEDH -STEDH 26 juny 2014 i STEDH 27 gener 2015, en relació amb la GS i el reconeixement de la filiació en dos casos resolts en països europeus (vegeu 9.1.2. Marc Institucional Europeu).

La STS 5375/2016 assenyala que en totes dues sentències s'expressa que s'ha vulnerat l'art.8 del Conveni Europeu dels DH. **En cap d'aquests casos es discuteix sobre el dret a la protecció per maternitat**, el que està en debat és la viabilitat de la inscripció registral de filiació «sorgida mitjançant contracte de maternitat» (CGPJ, 2016: 9).

Tots dos assumptes tenen lloc en un context jurídic diferent de l'espanyol, assenyalant la STS 5375/2016 que a Espanya «la possibilitat d'adoptar als menors o d'indagar la paternitat biològica mitiguen l'eventual desemparament en què poden trobar-se en impedir-ne l'accés al Registre Civil com a fills de pares subrogats» (CGPJ, 2016: 9).

El TS destaca sobre aquests assumptes la importància que **en totes dues sentències s'atorga a la necessitat de protegir la situació generada**. Si es produeix convivència

---

<sup>154</sup> L'Estratègia Nacional de salut sexual i reproductiva (2011) no realitza cap esment sobre la GS, encara que sí manifesta que «un dels drets bàsics de les dones en matèria de salut reproductiva és el dret a la informació i a decidir lliurement», drets que es veuen vulnerats durant els processos de GS. Accés

familiar entre els pares d'intenció i els menors, ha de protegir-se en benefici dels segons, sobretot si un dels «pares subrogats» és al seu torn mare o pare biològic. «El que es fa és optar per un «mal menor»: mantenir les conseqüències d'una situació contrària al Dret nacional (convivència derivada de la maternitat subrogada) perquè així convé a l'interès del menor (mantenir-lo en el seu nucli familiar «de facto»). I això, al marge del que disposi el Dret Internacional Privat, òbviament també integrat en l'ordenament espanyol» (CGPJ, 2016: 9).

Així a Espanya «ens trobem davant uns autèntics llimbs jurídics en el qual la legislació, el Ministeri Fiscal i la jurisprudència del Tribunal Suprem desautoritzen la validesa dels contractes, però la Direcció General dels Registres i del Notariat, pertanyents al Ministeri de Justícia, les diferents empreses comercialitzadores i els comitents desoeixen la mateixa» (Nuño Gómez, 2020: 66).

En aquest sentit, la mesura més controvertida (Nuño Gómez, 2020) és la *Instrucció de 5 d'octubre de 2010, de la Direcció General del Registre i el Notariat, sobre règim registral de la filiació dels nascuts mitjançant gestació per substitució* -DGRN- que permet la possibilitat d'inscriure al Registre Civil espanyol una relació de filiació declarada per un Tribunal estranger, la qual cosa possibilita la continuïtat transfronterera d'una relació de filiació que implica responsabilitats parentals. Encara que aquesta relació de filiació es produeixi per GS.

La finalitat de la Instrucció de la DGRN és:

Atesa la finalitat de dotar de **plena protecció jurídica l'interès superior del menor**, així com d'altres interessos presents en els supòsits de gestació per substitució, resulta necessari establir els criteris que determinin les condicions d'accés al Registre Civil espanyol dels nascuts a l'estranger mitjançant aquesta tècnica de reproducció assistida (DGRN, 2010: 1).

D'altra banda, la *Instrucció de 18 de febrer de 2019*, de la DGRN, sobre actualització del règim registral de la filiació dels nascuts mitjançant gestació per substitució, exigeix una sentència ferma de les autoritats judicials del país on es dugui a terme la GS per al registre del menor.

A més, cal esmentar que s'han produït diferents propostes en favor de la legalització de la GS. L'última presentada pel Grup Parlamentari Ciutadans, el 14 d'abril de 2023, sota el nom

*Proposició de Llei reguladora del dret a la gestació per substitució*<sup>155</sup>. Aquesta proposició de llei advoca per permetre la GS de manera altruista, però s'ha trobat amb una majoria oposada a la seva regularització, per la qual cosa amb tota probabilitat no tirarà endavant. El partit polític que va presentar aquesta proposta no va obtenir representació parlamentària per a la XV legislatura d'Espanya.

### 7.2.2. Referències autonòmiques

La revisió de la normativa autonòmica mostra un escenari divers, amb un únic esment específic sobre GS. És per aquesta raó que s'ha ampliat la cerca a preceptes que indirectament puguin al·ludir a aquesta forma de violència contra les dones.

En aquest sentit, les troballes mostren que diverses CA presenten una definició àmplia de la violència contra les dones -en línia amb el Conveni d'Istanbul- i que, si bé no l'esmenten explícitament, podrien incloure la GS en referir-se de manera genèrica a «violència contra els drets sexuals i reproductius» com són: Andalusia, Aragó, Canàries, Cantàbria, Castella-la Manxa, Catalunya i La Rioja.

D'altra banda, Balears i País Basc, si bé no esmenten la GS ni consideren la violència contra els drets reproductius entre les formes de VG, com les anteriors CA, sí fan referència a aquests entre els principis generals.

Cal destacar que Aragó és l'única comunitat autònoma que fa menció explícitament a la GS en la seva normativa. Ho fa al IV Pla Estratègic per a la prevenció i erradicació de la violència contra les dones a Aragó<sup>156</sup> (2018-2021), mitjançant la mesura següent:

**Mesura 1.1.1.6:** Realitzar accions de sensibilització davant l'explotació reproductiva de les dones i els ventres de lloguer, a fi de conscienciar la societat dels efectes negatius d'aquestes pràctiques per a totes les dones.

A la resta de CA -Astúries, Castella i Lleó, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galícia, Comunitat de Madrid, Múrcia o Navarra- la normativa en matèria VCM presenta un enfocament més reduït sobre la violència i les seves manifestacions, ja que generalment s'acullen a la

---

<sup>155</sup> Per a més informació, vegeu *Proposició de Llei reguladora del dret a la gestació per substitució*. Accés

<sup>156</sup> Consultar en IV Pla Estratègic per a la prevenció i erradicació de la violència contra les dones a Aragó. Accés



definició estatal de violència de gènere que estableix la Llei 1/2004<sup>157</sup> i hi ha poca presència de la tipologia de violència reproductiva.

---

<sup>157</sup> Consultar en Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere. Accés

## 8. GS: mapatge i experiències d'acció

### 8.1. Consulta a entitats locals i organitzacions i persones expertes

#### 8.1.1. Característiques de les EL i organitzacions participants

Les dades de participació de l'enquesta són molt limitades en tots dos casos perquè a Espanya **no existeixen entitats amb experiència en l'atenció a víctimes** d'aquesta mena de violència. Per aquesta raó, es va complementar el treball de camp amb entrevistes semiestructurades (vegeu Annex 3) i es va reforçar l'anàlisi de literatura científica sobre el tema.

Quant a l'**enquesta**, s'ha realitzat una doble consulta entorn de les actuacions sobre GS i l'experiència en l'atenció a dones víctimes de GS; d'una banda, a entitats locals (EL) i per un altre, a organitzacions i persones expertes.

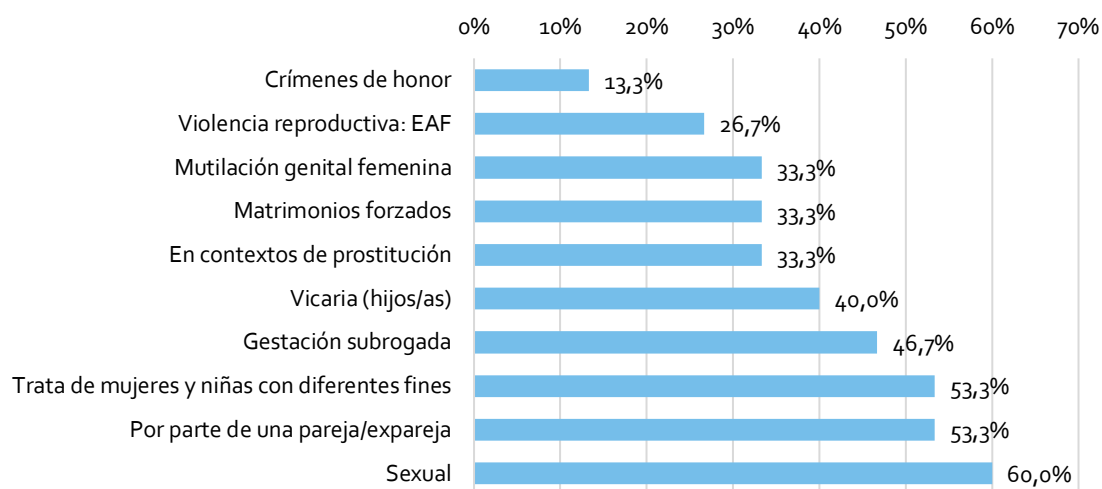
De les 279 **entitats locals** que han realitzat el qüestionari, únicament 6 assenyalen haver conegut la GS en el desenvolupament del seu treball i només 4 entitats locals han contestat preguntes sobre gestació subrogada. Únicament 3 d'elles (ajuntaments) van assenyalat tenir alguna experiència sobre aquesta forma de VR, però, o bé no l'especifiquen, o bé es refereixen a activitats de sensibilització per donar a conèixer l'existència d'aquesta mena de VCM i conscienciar la societat.

Las EL participants consideren en general l'aplicació de la interseccionalitat és elevada. I que el seu treball amb els principals grups de dones vulnerables és amb persones amb discapacitat.

En el segon cas, s'ha aconseguit la participació de 17 organitzacions i persones expertes, pertanyents a universitats, associacions, fundacions, i moviments organitzats feministes i de dones. Representen un variat expertise que abasta els àmbits acadèmic, sanitari, jurídic, psicològic o divulgatiu, entre d'altres.

Quant a les organitzacions expertes consultades, el seu àmbit territorial és fonamentalment estatal (el 85,7 % d'elles), però també autonòmic (7,1 %), provincial (7,1 %) i local (14,3 %). El 87,5 % d'aquestes organitzacions té coneixement expert i/o experiència en l'atenció a dones víctimes de VCM en les seves diferents formes (veure gràfic), si bé el 46,7 % assenyalat que en matèria de GS el seu coneixement és fonamentalment teòric.

Gràfic 10. Entitats expertes consultades segons àrea de coneixement i/o intervenció



Font: Elaboració pròpia

El 70 % de les organitzacions considera que l'aplicació de l'enfocament interseccional del seu treball és total, i el 30 % l'és bastant. Quant a les dones amb major vulnerabilitat presents en les seves actuacions, han assenyalat que aquestes són dones migrants/estrangeres (entorn del 80 % de les entitats), racialitzades (50 %) o refugiades (40 %) i també dones joves i menors (70 %).

L'àmbit d'*expertise* de les persones participants en l'enquesta ha estat divers, destacant lleugerament els perfils professionals de l'àmbit de la psicologia i persones acadèmiques, divulgadores i/o professores.

### 8.1.2. Actuacions en matèria de GS

Les entitats i persones expertes consultades i que han pres part de l'enquesta assenyalen que, com que a Espanya la GS és il·legal, no existeixen recursos especialitzats d'atenció a aquesta forma de violència ni a les seves víctimes. També manifesten desconèixer si existeixen protocols d'atenció, o de coordinació institucional i/o taules o protocols de seguiment per a aquesta forma de violència que hagi estat promogut per una altra mena d'organitzacions. En qualsevol cas, ni les EL, ni les organitzacions ni persones expertes consultades han intervingut amb dones víctimes de GS a l'Estat Espanyol.

Si es posa el focus en **possibles víctimes de GS que puguin arribar a Espanya**, el protocol d'intervenció a seguir amb elles podria ser similar al que se segueix amb les dones víctimes de tràfic o prostitució. A més, cal tenir en compte que, en tractar-se de dones migrants, poden presentar alguns obstacles quant a l'accés a recursos:

desconèixer els recursos i serveis que tenen a la seva disposició al nostre país; no saber on acudir per demanar ajuda; barreres idiomàtiques o culturals; desconfiança en l'administració (especialment dones de països en vies de desenvolupament o de països amb alt índex de corrupció), entre d'altres (E8).

Les EL no adverteixen cap particularitat en l'atenció a les dones víctimes de GS i plantegen que aquesta ha de ser igual a la prestada a altres víctimes; en el sentit de fer extensiu els mateixos drets i recursos.

En general, totes les expertes consultades coincideixen en la importància d'incorporar la GS a les polítiques de cooperació internacional per al desenvolupament. En la seva opinió, els països que prohibeixen la GS al seu territori, com ara Espanya, tenen l'obligació moral i ètica d'impulsar i finançar programes de cooperació internacional que protegeixin les dones més vulnerables als països de les quals es dugui a terme la GS, proporcionant-los determinats recursos com educació o recursos materials i financers, de manera que puguin defensar-se de l'explotació dels seus cossos.

Les actuacions sobre la GS a Espanya se centren, com ja ha estat assenyalat, en accions de sensibilització envers la ciutadania. La conscienciació es realitza fonamentalment a través de les organitzacions i entitats feministes. Gràcies a elles, s'han desenvolupat manifestos, xerrades, formació, concentracions, recollides de signatures, i materials de divulgació en premsa i en mitjans de comunicació en línia.

- Aquestes accions es dirigeixen de manera general a la ciutadania, però de manera particular a les persones que han recorregut a la GS (pares/mares-part compradora) o planegen fer-ho i a les administracions públiques.
- Habitualment es duen a terme des de les pròpies organitzacions que les dissenyen, però també en coordinació amb altres organitzacions feministes tant d'Espanya com internacionals, com ara CIAMS, No Somos Vasijas, la Xarxa Estatal contra el Lloguer de Ventres, Stop Ventres de Lloguer, l'Escola AC, etc.

A continuació, s'assenyalen algunes experiències d'interès en l'àmbit internacional i nacional.

## 8.2. Experiències d'interès

En l'àmbit internacional, destaca l'actuació de les següents organitzacions que fan un treball d'observació, estudi, denúncia i conscienciació sobre la GS:

La **Coalició Internacional per l'Abolició de la Gestació per Substitució**<sup>158</sup> (CIAMS, per les seves sigles en francès) és una associació internacional que promou els drets de les dones des de la perspectiva feminista. El seu principal objectiu és «contribuir a l'adopció i a la posada en pràctica de legislacions i polítiques públiques que promoguin l'abolició de la gestació per substitució a nivell nacional, europeu i internacional»<sup>159</sup>.

Està formada per nombroses entitats de diferents països, entre les quals es troben les següents organitzacions d'Espanya: Xarxa Estatal contra el Lloguer de Ventres; No Somos Vasijas; Federació d'Associacions de Dones Separades i Divorciades; Comissió per a la recerca de maltractaments a dones; Stop Ventres de

Lloguer; Federació Dones Joves; FAC Feministes al Congrés; i Fòrum de Política Feminista.

**Stop Surrogacy Now**<sup>160</sup> és una organització internacional -associada al Centre de Bioètica i Cultura (CBC)- que agrupa organitzacions i professionals de diversos àmbits i procedència que s'oposen a l'explotació reproductiva de les dones i la tracta de menors a través de la GS. Les organitzacions membres manifesten, a través de la signatura de la Declaració, la preocupació pels aspectes socials, humans, econòmics, jurídics i culturals derivats de la gestació subrogada. En la Declaració d'*Stop Surrogacy Now*<sup>161</sup> insten la col·laboració dels governs nacionals del món i de les i els líders de la comunitat internacional per posar fi a la GS.

Com ja s'ha explicat, no s'ha pogut accedir a experiències d'intervenció amb mares subrogades en el **context de les EL a Espanya**, no obstant això, s'han localitzat alguns exemples de pràctiques de sensibilització i conscienciació relacionades amb la temàtica promogudes per governs locals:

---

<sup>158</sup> Coalició Internacional per l'Abolició de la Gestació per Substitució -CIAMS-. Accés

<sup>159</sup> Estatuts CIAMS. Accés

<sup>160</sup> Stop Surrogacy Now. Accés

<sup>161</sup> Declaració d'Stop Surrogacy Now. Accés

Com a exemple de compromís institucional i acord local pot assenyalar-se l'acció del **Consell Municipal de la Dona, juntament amb la Regidoria de Benestar Social de l'Ajuntament de Marín** (Pontevedra). Van mantenir una reunió al novembre de 2018 amb motiu de la commemoració del 25N, Dia Internacional per a l'Eliminació de la Violència contra la Dona. A més d'establir els premis atorgats a la intervenció local davant la violència de gènere, aquests òrgans van decidir expressar un acord públic contra la regulació dels ventres de lloguer<sup>162</sup>.

També destaquen en actuacions de promoció del coneixement: l'Ajuntament de Mèrida va col·laborar en la xerrada-debat<sup>163</sup> «Ventre de lloguer vs. Gestació per subrogació: una mirada crítica» celebrat el 2015 i que pretenia exposar la postura regulacionista enfront de l'abolicionista.

Des del treball de les **associacions feministes i de dones**, destaca l'acció de la **Xarxa Estatal Contra el Lloguer de Ventres (RECAV)**<sup>165</sup>, No Somos Vasijas i Stop Ventres de Lloguer.

RECAV va ser fundada per un grup d'organitzacions i activistes que es van unir per lluitar contra la GS i defensar els drets col·lectius de les dones. En l'actualitat,

L'Ajuntament i la Diputació de Lugo, dins de la programació d'activitats de «Dones amb força» amb motiu del 8M de 2019, van participar en la presentació pública del llibre *Ventres de lloguer*, de Núria González, aprofundint sobre la realitat de la GS mitjançant l'abordatge de la situació jurídica, la pràctica i les conseqüències que aquesta té sobre les dones gestants.

La diputació de Pontevedra dins dels cursos en línia en matèria d'igualtat imparteix la formació «Ventres de lloguer: explotació reproductiva i feminització de la pobresa».

L'Ajuntament de Sevilla va organitzar a finals de 2017, el II Cicle Tardor Feminista que, entre altres activitats, va incloure jornades de reflexió<sup>164</sup> sobre la GS/Ventres de lloguer.

També hi ha exemples sobre iniciatives locals d'associacions feministes, com els següents. L'**associació feminista Marea Violeta Jerez** va organitzar el 2019, amb la

---

<sup>162</sup> Faro de Vigo, 2018. Marín rebutja la regulació sobre ventres de lloguer i exigeix abolir la prostitució. Accés

<sup>163</sup> Xerrada-debat: Ventre de lloguer vs. Gestació per Subrogació: una mirada crítica. Accés

<sup>164</sup> II Cicle Tardor Feminista. Accés

<sup>165</sup> Xarxa Estatal Contra el Lloguer de Ventres (RECAV). Accés

pertanyen a la RECAV més de 150 organitzacions feministes procedents de tot el territori estatal. A més, destaquen altres tres organitzacions especialitzades en la denúncia i sensibilització, com són: No somos vasijas<sup>166</sup>, Stop Ventres de Lloguer<sup>167</sup> (SVA) i la Xarxa Acadèmica Internacional d'Estudis sobre Prostitució i Pornografia (RAIEPP).

Quant a «**No somos vasijas**», es tracta d'una plataforma formada amb l'intent d'impedir els possibles intents de regulació de la GS a Espanya. D'altra banda, **Stop Ventres de Lloguer** és un projecte de divulgació feminista l'objectiu principal de la qual és impulsar el coneixement i crear consciència social sobre la GS com una forma de violència contra les dones i una pràctica contemporània d'explotació reproductiva i venda de bebès.

Diverses **universitats públiques** també han realitzat actuacions (congressos, conferències i seminaris) sobre gestació subrogada que podrien replicar-se des de governs locals com, per exemple:

La conferència organitzada per la **Universitat Nacional d'Educació a Distància** (UNED) al març de 2023, que fou impartida per l'antropòloga Mercedes Fernández-Martorell sota el nom Encarregar

col·laboració d'Stop Ventres de Lloguer, la jornada de divulgació «Explotació reproductiva i mercat de bebès». **L'Associació de Dones per a la Salut** (AMS), en commemoració del 28 de maig -Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones-, i amb la col·laboració de l'Ajuntament de Madrid, va celebrar la jornada «Les Maternitats» en la qual entre altres temàtiques es van abordar les qüestions relatives a la violència entorn de la maternitat i particularment la filòsofa feminista Ana de Miguel va tractar sobre «La nova maternitat neoliberal: els ventres de lloguer».

feminista Laura Nuño sobre «Maternitats SA: El negoci dels ventres de lloguer»<sup>169</sup>.

O el Congrés internacional «Debats teòrics i jurídics: explotació reproductiva i gestació comercial»<sup>170</sup> organitzat per la **RAIEPP** el

---

<sup>166</sup> No somos vasijas. Accés

<sup>167</sup> Stop Ventres de Lloguer (SVA). Accés

<sup>169</sup> Seminari «Maternitats SA: El negoci dels ventres de lloguer». Accés

<sup>170</sup> Congrés internacional «Debats teòrics i jurídics: explotació reproductiva i gestació comercial». Accés

humans<sup>168</sup>. El seminari permanent que la **Universidad Carlos III de Madrid** ofereix en obert des de 2020 de la politòloga i

2022, entre altres actuacions de l'àmbit acadèmic.

---

<sup>168</sup> Conferència «Encarregar humans». Accés



## 9. Violència o Crims en nom «de l'honor»

### 9.1. Descripció del problema i tipologies

Els crims «d'honor» o crims comesos en nom «de l'honor» (CNH) són un tipus de violència contra les dones (VCM) que comprèn un ampli continuum de mecanismes de control de diferent gravetat l'expressió de la qual més extrema és l'assassinat (feminicidi per honor) (Mayeda, Vijaykumar i Chesney-Lind, 2018). En el marc de la Unió Europea estan recollits dins del Conveni d'Istanbul, que orienta l'acció dels poders públics en matèria de lluita contra la violència contra les dones (CVM).

Encara que les seves víctimes són principalment dones, en caure sobre elles principalment la noció «honor», també afecta persones no binàries, i homes i dones del col·lectiu LGTBIQ+.

Algunes institucions i autores consideren que és més adequat que es denomini «violència basada en l'honor» (VBN) (vegeu sobre aquest tema, Mayeda i Vijaykumar, 2016) o «violència i opressió relacionades amb l'honor» (com fa l'Agència d'Igualtat de Gènere de Suècia). Això es deu al fet que les pràctiques coercitives són més àmplies que els exemples més extrems d'aquesta, que se centren en el càstig per a la restauració «de l'honor». De moment, el Conveni d'Istanbul les denomina CNH.

D'acord amb el Servei d'Estudis del Parlament Europeu (2015: 2), la connotació de «crim» també és criticat perquè «disfressa la naturalesa premeditada del crim o fa massa recalcament en *l'honor*, per la qual cosa en certa manera pot validar el motiu del crim» (vegeu Welchman i Hossain, 2005). Algunes alternatives suggerides per l'EPRS són «feminicidi» o «assassinats per vergonya».

La vulneració «de l'honor» és una noció complexa, central en les societats patriarcals, que fa referència a diferents **valors morals, religiosos i culturals en relació amb el comportament esperat dels membres femenins** d'una família (nuclear o extensa) o una altra afiliació comunitària o religiosa (tribu, ètnia, clan, etc.) en funció dels rols de gènere vigents.

D'aquesta manera, tal com assenyalen Mayeda i Vijaykumar (2016:354), «un sistema familiar basat en l'honor descansa en una construcció social rígida de la comprensió de

la feminitat i la masculinitat, i sota aquest sistema s'amaga la suposada puresa sexual de les dones i les nenes, tan fonamental per a la reputació de la família»<sup>171</sup>.

Tot això té les implicacions següents:

- Els comportaments de les dones afectarien el conjunt del grup, per la qual cosa els interessos i necessitats d'aquestes quedarien subordinats als del col·lectiu, perquè les seves transgressions posen en risc «l'honor» del conjunt.
- Per aquest motiu, les dones estan subjectes a un estret control familiar i comunitari; sobretot pel que fa als seus comportaments sexuals (virginitat o la fidelitat) i actituds (modèstia, pudor, rectitud).
- El control comprèn, entre altres coses: la vigilància dels espais als quals poden accedir soles o acompanyades, el seu ús i horari; les persones amb les quals poden interactuar, sobretot homes; la manera de vestir; les activitats que poden realitzar (d'oci, professionals o d'un altre tipus); la prioritització de les necessitats familiars, etc.
- També implica pràctiques nocives com són les proves de virginitat, la MGF i els matrimonis forçosos; que també són considerats VS i VR.
- Se les exigeix no ser objecte de comentaris, rumors o enraonies que funcionarien com a mecanismes de control patriarcal (Sen, 2005). En contextos de diàspora, els rumors poden arribar al país d'origen de la família, «la qual cosa porta a un alt nivell d'opressió que travessa fronteres» (Mayeda i Vijaykumar, 2016: 357).
- Aquest control és exercit tant per homes com per dones el qual, en el seu conjunt, té com a conseqüència un context d'opressió.

Entre els comportaments o situacions que poden suposar un afront «a l'honor» es troben: actituds no pudoroses, vestimentes, eleccions professionals, no ser heterosexual, tenir una identitat de gènere no binària o diferent de l'assignada, relacionar-se amb homes aliens a la família, denunciar incidents de maltractament domèstic o violència de gènere, no seguir preceptes religiosos, negar-se a contreure un matrimoni concertat, conflictes amb el dot, negar-se al MGF de les filles o al seu matrimoni precoç, sol·licitar el divorci, l'adulteri, tenir relacions afectives prematrimonials, no ser verge o quedar-se embarassada fora del matrimoni.

---

<sup>171</sup> Traducció pròpia de l'original en anglès.

Les víctimes de violació poden fins i tot ser considerades «causants» de la seva pròpia violència (Stenger i Jones 2019).

Per tant, quan es percep un **risc potencial o una afectació en «l'honor»** (vergonya), es requereix d'una **acció correctiva** (restauració), el grau de severitat de la qual variarà en funció de la família i el context.

Les maneres d'expressió de la VNH o les **seves tipologies són vàries**:

- càstigs o sancions de tipus afectiu,
- pèrdua de llibertats personals,
- restriccions a la llibertat de moviment,
- restriccions en el contacte amb homes,
- violència verbal i psicològica,
- aïllament comunitari i ostracisme,
- trasllat correctiu o segrest al país originari o de referència de la diàspora,
- trasllat correctiu o segrest a un tercer país per residir amb altres familiars,
- retenció en la llar contra la voluntat o segrest,
- abús físic no letal,
- atacs amb àcid,
- violació correctiva,
- avortament forçós,
- inducció al suïcidi,
- assassinat.

**La incidència de la VBH o CNH sembla disminuir quan:**

- la noció «honor» es transforma en funció d'alguns canvis socioculturals que afecten sobretot les dones (relacionats amb el matrimoni, el dot, i en general la situació social de les dones i de les persones no binàries);
- disminueix la tolerància social a la violència lliurement exercida per part de familiars (perd legitimitat);

- L'Estat reforça la protecció de la ciutadania en general i de les dones en particular i millora l'eficàcia del dret civil (es perd impunitat); i es promouen i protegeixen els drets de les dones i les persones LGTBIQ+ (s'avança en la igualtat de gènere).

## 9.2. Característiques i necessitats de les víctimes

### 9.2.1. Principals col·lectius afectats

D'acord amb Stenger i Jones (2019), en les comunitats propenses a la VBH, l'escassa protecció jurídica i l'accés inadequat a la informació de les víctimes solen fer que les dones siguin vulnerables.

Malgrat que els CNH estan associat a geografies allunyades d'Espanya, la veritat és que la noció «d'honor» i la seva correcció o càstig són  **presents en totes les cultures**  encara que de manera diferent, perquè el terme pot variar en les seves connotacions. Encara que aquests delictes s'han associat en la seva majoria amb l'islam, també succeeixen en les comunitats hindú, sikh, drusa, cristiana i jueva (EPRS, 2015).

**A Europa** hi ha pràctiques que (gairebé) han desaparegut i altres perviuen de forma de desaperebuda per a la majoria de la societat. Per exemple, algunes d'aquestes pràctiques que subsisteixen són les violacions correctives a dones lesbianes o les teràpies correctives a persones del col·lectiu LGTBIQ+; d'altres han perdut legitimitat, com són els assassinats relacionats amb l'adulteri.

En aquest sentit, convé assenyalar que, **a Espanya, el franquisme** durant el període dictatorial va suposar la instauració d'un ordre simbòlic i legal que va potenciar l'acció contra les dones en nom «de l'honor» (Cenarro Lagunas, 2018; Noblet, 2021).

En aquesta línia, Noblet (2021:164-165), assenyala que «El codi civil i el codi penal es formen amb l'objectiu d'establir el delicte d'adulteri amb un tractament diferenciat segons el sexe de l'autor, de suprimir gairebé tota condemna en cas de crim d'honor contra una filla o una esposa, i de castigar amb penes de presó les dones que hagin avortat. (...). És evident, doncs, que després de 1939, darrere del pare i del marit responsable, s'amaga més sovint que abans (i amb menys discreció) el *pater familias* totpoderós, que garanteix (i ostenta) l'honor col·lectiu. (...) En els anys 1940 i 1950, es tracta més d'un «cap de família» que no pas un «pare de família».

No queda, doncs, tan llunyà de les **nostres pròpies referències culturals**, la noció «honor».

En l'actualitat, els CNH al·ludeixen tant a pràctiques nocives com a costums derivats de valors patriarcals que, en les seves expressions més notòries, tenen **major prevalença en unes regions del món** que en altres; si bé els mesuraments són insuficients o es manca d'ells en molts dels països, per la qual cosa les dades quantitatives han de prendre's des d'una perspectiva aproximativa.

D'acord amb les recerques i les dades d'organismes internacionals disponibles, hi ha una major prevalença en el **subcontinent indi d'Àsia, nord d'Àfrica, Orient Mitjà i entre les diàspores procedents d'aquestes zones** que resideixen en altres parts del món, incloses per descomptat Europa i, per tant, **a Espanya**.

Les diàspores al·ludeixen tant a les **persones migrants** per motius econòmics com al conjunt de població sol·licitant o beneficiària de **protecció internacional** a Espanya (vegeu punt 5.2.2.).

- El fet que la VNH sigui present entre les formes de violència comunes de VCM en algunes regions, no significa que tota la població originària estigui exposada a ella ni sigui perpetradora d'aquesta.
- La comissió de CNH està relacionada de vegades només amb la pertinença a grups (de vegades minoritaris) d'algunes zones, expressions religioses, clans específics, i també amb valors familiars concrets. A més, la seva pràctica pot variar en funció de l'origen rural o urbà d'aquestes.
- Per tot això, és preferible fugir de generalitzacions i estereotips que poden afectar el conjunt de la població procedent d'algunes nacionalitats; induint amb això la discriminació, el racisme i la xenofòbia. Fet, a més, que provoca l'allunyament de les potencials víctimes dels recursos d'atenció.

Quant a l'**expressió d'algunes violències específiques**, es coneixen les dades següents.

- Sobre la **MGF**, segons la UNFPA (2020b) aquesta ha afectat almenys 200 milions de nens i dones, i és practica habitual en comunitats de tot el món (encara que principalment a l'Àfrica subsahariana i als Estats àrabs):
  - A Àfrica: Benín, Burkina Faso, Camerun, Txad, Costa d'Ivori, Djibouti, Egipte, Etiòpia, Eritrea, Gàmbia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenya, Libèria, Mali,

Mauritània, Níger, Nigèria, República Centreafricana, República Democràtica del Congo, República Unida de Tanzània, el Senegal, Sierra Leone, Somàlia, Sudan, Togo, Uganda i Zàmbia.

- Àsia: Índia, Indonèsia, Malàisia, el Pakistan i Sri Lanka.
- Orient Mitjà: Unió dels Emirats Àrabs, Oman, Iemen, l'Iraq i a l'Estat de Palestina.
- Europa de l'Est: Geòrgia i la Federació Russa.
- Amèrica del Sud: Colòmbia, Panamà, l'Equador i el Perú.

L'origen ètnic és el factor més rellevant per a la prevalença de la MGF, que va més enllà de la classe socioeconòmica i del nivell educatiu, encara que hi ha excepcions en relació amb l'origen urbà o rural de la població (UNFPA, 2020b).

- Respecte del matrimoni infantil<sup>172</sup>, encara que es registra a tot el món, els països on la pràctica té major prevalença (molt per sobre del 50 % de la població femenina infantil) són: Níger, República Centreafricana, Txad, Bangladesh i Burkina Faso. En termes globals l'Índia, la Xina, el Pakistan, l'Afganistan i l'Iran són els països on la pràctica està extensament arrelada. Els països de gran prevalença on s'ha registrat un descens notori en la pràctica són: Bangladesh, Etiòpia, l'Índia, Indonèsia, Armènia, Eswatini (abans Swazilàndia), Maldives, Ruanda i Tunísia (UNICEF, 2021).

El seu número en el món ascendiria a 765 milions. Encara que afecta tant nens com a nenes, les primeres es veuen més afectes i les conseqüències són més greus. Segons l'aliança mundial Girls Not Brides, cada any 12 milions de nenes i adolescents es casen abans de complir els 18 anys.

- No sempre és possible diferenciar amb claredat les dades d'unions o matrimonis forçosos infantils d'aquells que afecten dones a partir dels 18 anys. La seva extensió és mundial i no ha d'assimilar-se als matrimonis concertats ni de conveniència, si bé aquests poden arribar a convertir-se en forçosos quan no es permet la seva dissolució (vegeu les diferents relacions, per exemple, a Naz Ali Kousar, 2023).

Encara existeixen pocs estudis de la seva prevalença a Europa (vegeu la recerca promoguda per la FEMP sobre aquest tema, 2023). D'altra banda, la Xarxa de treball sobre els matrimonis forçosos a Espanya (2023) indica la importància de la seva pràctica

---

<sup>172</sup> Al·ludeix a qualsevol tipus de matrimoni formal o unió informal en el qual un o els dos contraents tenen menys de 18 anys (UNICEF).

entre comunitats i ètnies de la Xina, l'Índia, el Pakistan, Turquia, l'Iran, l'Afganistan, Bangladesh, l'Iraq, el Marroc, el Senegal, Gàmbia, entre d'altres.

- Quant a les proves de virginitat (vegeu capítol 3), d'acord amb la Declaració per a Eliminar els Test de Virginitat (WHO, ONU Dones, OHCHR, 2018:7), entre els països on s'ha documentat aquesta pràctica es troba: l'Afganistan, el Brasil, Egipte, l'Índia, Indonèsia, l'Iran, l'Iraq, Jamaica, Jordània, Líbia, Malawi, el Marroc, els Territoris Palestins Ocupats, Sud-àfrica, Sri Lanka, Swazilàndia, Turquia, el Regne Unit, Zimbàbue, Bèlgica, el Canadà, els Països Baixos, Suècia i Espanya.

A Espanya **es deu a la presència de diàspores**, però també es fa referència a la **població gitana**. Al nostre país tendeix a exacerbar-se la seva presència en la comunitat romaní espanyola, en referència als exàmens rituals de la virginitat com a part dels actes de celebració associats al matrimoni o la unió de parella.

Les expertes consultades sobre aquest tema assenyalen que la prova de la virginitat **no és una cosa que caracteritzi al poble gitano** sinó que va ser una pràctica «adquirida» a partir del seu «foment» a la cort dels Reis Catòlics, quan es volia incentivar la moral cristiana entre les dones. El poble gitano és divers i la prova del mocador no està generalitzada. A Espanya està en desús i es realitzaria només quan hi ha una acceptació lliure per part de la núvia. Certament, està associada a la noció patriarcal «orgull», encara que en l'actualitat es considera que no existiria la possibilitat de «deshonra», ja que si la prova es fa, té lloc quan la dona així ho decideix i el resultat no contradiria l'expectativa.

- Quant als «feminicidis o assassinats per honor» o en nom «de l'honor», existeix una subestimació de la seva incidència ja que la quantificació segueix sent molt deficient en general. El seu objectiu seria la restauració «de l'honor» familiar.

La majoria es produiria al Pròxim Orient i al sud d'Àsia. L'OMS va estimar(2012), que mundialment es produïen al voltant de 5.000 assassinats cada any en nom «de l'honor». No obstant això, com assenyala Valcárcel, «aquestes xifres podrien ser molt més grans tenint en compte els casos no reportats, com ara la manca d'estadístiques nacionals i internacionals oficials sobre aquest tema» (2020:59).

Tenint en compte tot l'anterior, **a Espanya** -on no hi ha un mesurament oficial de la prevalença dels CNH com a tals- es podria estimar que **hi ha grups de dones que podrien estar fent front a un major risc**. Ens referim a les nenes i dones de diàspores on la pervivència i prevalença dels

CNH als seus països d'origen és major. Això no exclou a la població nativa espanyola, però la situa davant un risc menor de VBH (però no inexistent).

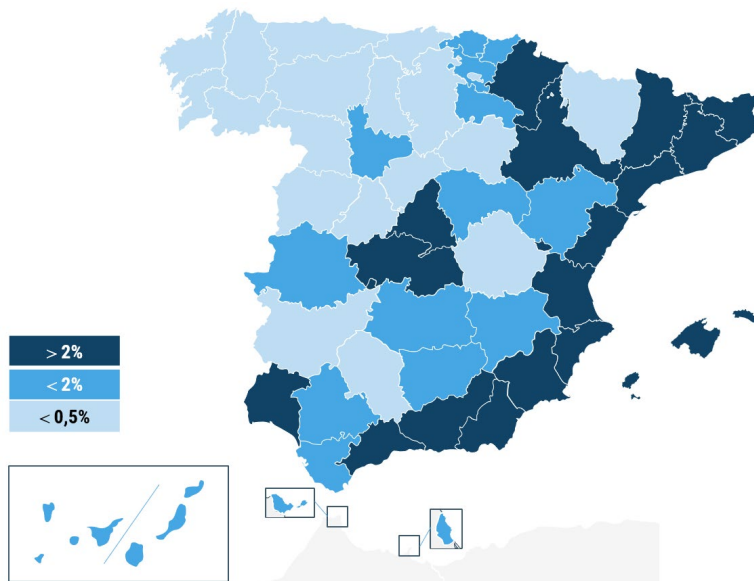
Partint d'aquest fet, i centrant-nos en la població d'origen migrant, s'ha realitzat una **anàlisi del padró** en funció de la **població femenina per país de naixement** a Espanya, valorant aquelles nacionalitats més nombroses al nostre país.

S'han seguit els criteris següents:

- S'ha considerat la divisió en províncies perquè afavoreix l'acció local sobre el fenomen.
- S'ha valorat la presència del conjunt de nacionalitats amb prevalença de CNH respecte del total de la població femenina empadronada (%). La clau no és la nacionalitat sinó el pes de la població femenina en risc.
- Moltes de les nacionalitat té una presència molt escassa a Espanya, per la qual cosa per considerar el fenomen té major interès un enfocament regional. D'aquesta manera s'han considerat les procedències següents:
  - Àfrica: Gàmbia, Mali, el Marroc, Algèria, Sudan i Sudan del Sud.
  - Àsia- subcontinent Indi: l'Índia, el Pakistan i Bangladesh.
  - Orient Mitjà: Egipte, l'Aràbia Saudita, Unió dels Emirats Àrabs, l'Iraq, l'Iran, Jordània, Kuwait, Líban, Qatar, Iemen, Síria i Turquia.
- Per valorar el grau de vulnerabilitat als CNH, s'ha establert aquest criteri:
  - vulnerabilitat alta: si se supera el 2 % de població sobre el total de dones;
  - vulnerabilitat mitjana: quan el pes poblacional sigui del 0,5 % fins al 2 %,
  - vulnerabilitat baixa: quan la població femenina sigui inferior al 0,5 %.



Il·lustració 8. Mapa de la vulnerabilitat (\*) potencial als CNH a Espanya (per províncies). % de dones estrangeres\*\* sobre el total de població femenina.



Elaboració pròpia. INE (2023) Explotació estadística del padró d'habitants

Notes:

(\*):Alta: 2 % - 15 %; Mitjana: < 2 %; Vulnerabilitat Baixa:< 0,5 %.

(\*\*): Gàmbia, Mali, el Marroc, Algèria, Sudan, Sudan del Sud, l'Índia, el Pakistan, Bangladesh, Turquia, Egipte, l'Aràbia Saudita, Unió dels Emirats Àrabs, l'Iraq, l'Iran, Jordània, Kuwait, Líban, Qatar, Iemen, Síria

Des d'una perspectiva autonòmica, on hi ha una major presència d'aquestes poblacions femenines és a Catalunya, Madrid, Andalusia, Comunitat Valenciana, Illes Balears i Navarra.

Una mirada més detallada des de l'enfocament de l'origen, juntament amb la província, ens indica que el pes poblacional varia segons el continent de procedència, i que hi ha resultats que canvien. En les il·lustracions següents es recullen aquestes diferències.

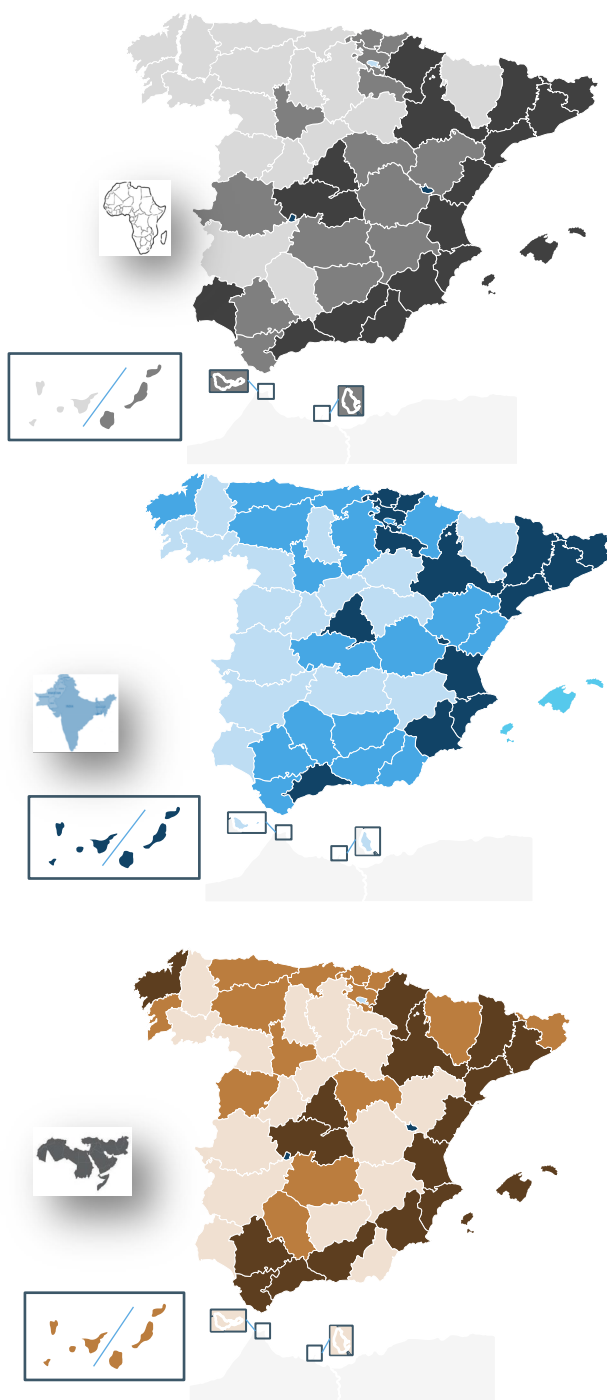
Quant a la **procedència africana**, és necessari considerar la seva presència en totes les províncies de Catalunya, de la Comunitat València i a les Illes Balears, així com a Múrcia, Madrid, Màlaga, Huelva, Granada, Almeria, Navarra, Saragossa i Toledo.

Quant a les dones de procedència asiàtica -en relació amb el **subconscient indi** (Bangladesh, l'Índia i el Pakistan)-, les províncies on cal prestar més atenció a la població femenina serien: totes les Illes Canàries, les Illes Balears i totes les províncies de Catalunya i el País Basc, juntament amb Múrcia, Alacant, València, Madrid, Màlaga, Saragossa i la Rioja.

Pel que fa a les dones de països de **l'Orient Mitjà**, aquestes es trobarien residint a les províncies de: Barcelona, Tarragona, Lleida, Madrid, Cadis, Màlaga,

Granada Sevilla, totes les províncies de la Comunitat Valenciana i les Illes Balears, a més de Toledo, Múrcia, Navarra, Saragossa i la Corunya.

Il·lustració 9. Mapes de la vulnerabilitat (\*) potencial als CNH a Espanya, per províncies i segons la regió d'origen de les dones (Àfrica; subcontinent indi; Orient Mitjà). % d'empadronades (per país de naixement\*\*) sobre el total de població femenina.



Elaboració pròpia. INE (2023) Explotació estadística del padró d'habitants

Notes:

(\*): Vulnerabilitat Alta: 2 % - 15 %; Vulnerabilitat Mitjana: < 2 %; Vulnerabilitat Baixa: < 0,5 %.

(\*\*): Gàmbia, Mali, el Marroc, Algèria, Sudan, Sudan del Sud, l'Índia, el Pakistan, Bangladesh, Turquia, Egipte, l'Aràbia Saudita, Unió dels Emirats Àrabs, l'Iraq, l'Iran, Jordània, Kuwait, Líban, Qatar, Iemen, Síria

D'altra banda, en les enquestes i entrevistes a persones i organitzacions expertes, s'ha al·ludit a alguns perfils concrets de dones que han arribat a diferents recursos d'atenció social .

En primer lloc, s'ha al·ludit a **dones que demanden protecció internacional** a Espanya.

- En aquest sentit, s'han assenyalat com a víctimes de CNH dones joves i de mitjana edat (entre 20 i 45 anys), amb pocs estudis i importants dificultats amb l'idioma (castellà), generalment amb menors a càrrec i que en molts casos han vingut soles a Espanya fugint de la violència de gènere i sol·licitant asil per persecució de gènere. Procedents sobretot de l'Afganistan, l'Iran, el Pakistan, exrepúbliques soviètiques (sense especificar) i països d'Àfrica subsahariana i el Magreb (sense determinar en les enquestes), així com Hondures, el Perú i Colòmbia.
- El perfil de les dones que sol·liciten a Espanya i la seva vinculació amb la protecció internacional per motius de gènere, ha estat descrita al capítol 5 (AEAF: dones víctimes i les seves necessitats).

En segon lloc, s'ha al·ludit a **les dones gitanes/romanís** espanyoles, malgrat que no són una població considera usualment dins de la VBH.

Durant el treball de camp, en les enquestes i entrevistes, s'ha assenyalat que algunes dones d'ètnia gitana podrien ser una població que enfrontés riscos assimilables als CNH. Manca una recerca social per poder valorar la situació al poble gitano, però cap organisme internacional ha relacionat la noció «d'honor» amb aquesta minoria ètnica.

No obstant això, convé considerar que les solucions a les expressions de violència masclista requereixen parar esment a alguns trets culturals propis (com és el pes de la família i la presència de prescriptors comunitaris rellevants). Atès que la població gitana és la minoria ètnica majoritària a Espanya (i a la Unió Europea), convé considerar la informació recopilada i valorar també les **llacunes d'informació que existeixen en relació amb les necessitats de les dones d'ètnia gitana** quant a la pressió familiar i la VCM.

- A partir de l'experiència d'alguns recursos de serveis socials i d'atenció a la VG, s'ha valorat que algunes dones gitanes experimenten coercions i amenaces per part de les seves famílies directes i extenses en relació amb alguns comportaments femenins transgressors: fora de l'expectativa o que buscaven

una solució diferent o fora dels procediments de resolució familiar o comunitària de conflictes.

- Respecte d'aquests comportaments, s'ha fet al·lusió a: la ruptura (separació o divorci) per part de la dona de la seva relació de parella sota raons no admissibles, la infidelitat, la petició de la custòdia dels i les menors després d'una separació no consensuada, la denúncia policial per VG o per l'impagament de pensions/manutenció després d'una separació o divorci a la seva exparella i la denúncia policial per una agressió sexual comesa per un home gitano de la comunitat.
- Aquestes víctimes haurien experimentat: amenaces, intimidació, agressions físiques, violació, repudia, aïllament social, pèrdua de custòdia (accés als seus fills/es) i desterrament. Les amenaces eren extensives a la seva descendència (fills i filles) o la seva família directa (pare, mare, germans i altres parents). Així mateix experimentaven l'advertiment de ser responsables de provocar un (greu) conflicte entre famílies (guerra), amb conseqüències potencialment nefastes per a tots els seus membres. Totes aquestes conseqüències (viscudes o temudes), haurien estat enunciades per aquestes usuàries com «la ruïna» davant les professionals.
- A causa d'això, moltes de les víctimes haurien canviat les seves decisions davant la denúncia, la ruptura o abandó a la parella, la cessió de la custòdia, la renúncia a la manutenció, etc. Per la qual cosa, els seus drets s'haurien vist vulnerats.
- Algunes informants han al·ludit també a la prova del mocador com una pràctica nociva.

La percepció de les professionals que han treballat aquests casos d'atenció és que, en aquestes situacions, es **castigava les dones que transgredien** normes fora dels preceptes tolerats per les seves famílies (la pròpia i/o la de la seva parella), perquè en aquests casos els valors morals sostinguts per les relacions familiars prevalien sobre els drets individuals de les dones. La qual cosa és un tret característic de totes les societats patriarcals. Aquestes professionals sentien que mancaven **d'eines suficients per garantir els seus drets, el seu acompanyament i suport i també la seva seguretat.**

D'altra banda, les organitzacions que representen i defensen els drets de la població gitana/romaní a Espanya, consideren que la denominació de «crims en nom de l'honor» **no es correspon amb les pràctiques culturals del poble gitano.**

En aquesta línia, la Fundació Secretariat Gitano i la Federació Nacional d'Associacions de Dones Gitanes 'Kamira', han indicat que la referència a l'etnicitat en els crims masclistes «perjudica la imatge de les persones gitanes com a comunitat, perpetuant prejudicis i estereotips»<sup>173</sup>.

L'estudi de Duque Sánchez, Khalfaoui Larrañaga i Valls Carol (d'ara endavant, Duque Sánchez et al., 2023) *Violència de gènere en la població gitana* promogut per la DGVG no té entre els seus objectius l'anàlisi d'altres VCM i ni el paper familiar; mostra, però, la importància de les famílies dins de la comunitat gitana.

- En el citat estudi es parteix del reconeixement de la diversitat del paper que juguen les famílies (unes facilitadores i altres perpetuadores), com succeeix amb les dones que no són gitanes. No determina, per tant, que es doni un model específic de resposta familiar davant la VG.
- S'al·ludeix al fet que «algunes [víctimes] comenten que no denunciaran per la por a les represàlies envers la seva família» (2023:30).
- Considerem que aquesta por podria donar-se també en contextos petits i/o rurals on la famílies tenen una estreta vinculació a partir dels matrimonis on, a més, la comunitat té un paper vigilant de les normes socials i de gènere.
- En aquest sentit, Franco i Guilló assenyalen que una víctima de VG en l'àmbit rural corre el risc de no comptar amb suports i acabar en l'ostracisme quan «no té la legitimitat atorgada de la comunitat per rebre ajut per un fet no aprovat col·lectivament» (2012:231)<sup>174</sup> (en relació, per exemple, amb la legitimitat de separar-se del maltractador i no recórrer a la denúncia policial).
- S'ha considerat que aquestes víctimes expressarien també «la importància de no involucrar les famílies de pertinença en conflictes i resoldre alhora els problemes, incloent expressament una situació de violència de gènere, amb la família. (...) Pel que

---

<sup>173</sup> Vegeu FSG i Kamira (2014). Comunicat conjunt. Document en línia (accés)

<sup>174</sup> Vegeu, per exemple: FADEMUR. (2020). Dones víctimes de violència de gènere en el món rural. Ministeri d'Igualtat-DGVG; o Folia Consultors (2010). *Violència de gènere en els petits municipis de l'Estat Espanyol*. Madrid: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. DGVG.

fa a la família, és totalment determinant no preocupar-los, no causar-los un disgust, evitar-los vergonya» (Guilló Girard, et al., 2010: 476).

- Duc Sánchez et al.(2023), mostren que de vegades les dones gitanes decideixen «no acudir a la policia, ni a institucions que ofereixen ajudes» per la per a «les conseqüències d'acudir a la policia, o bé perquè no estan segures del tracte que rebran o bé per les represàlies posteriors» (2023: 33). És important recordar que el poble gitano ha estat històricament perseguit i discriminat (i ho continua estant). Igualment, la denúncia incrementa el risc d'agressió quan no va acompanyada del desplegament adequat de mesures de seguretat per a la víctima (qualsevol víctima, qualsevol violència) adaptada a les seves necessitats de protecció.
- La citada revolta també mostra casos en els quals sí que és te el suport de totes dues famílies, la pròpia i la de l'agressor; i és recull la importància de figures de prestigi (gitanos i gitanes majors) que farien de mediadors en aquests casos (2023:31) i la de pastores i pastors evangèlics (2023:33).
- En línia amb altres recerques existents, s'identifica que la manca d'informació, la desconfiança, la per a no ser cregudes o enteses i l'absència generalitzada de professionals gitanes, són factors d'influència que allunyen les dones gitanes/romanís de les institucions de suport.

**Cal millorar el coneixement** sobre les VVCM que enfronten les dones gitanes/romanís i les seves experiències entorn d'aquestes.

### 9.2.2. Necessitats de les víctimes

Des de l'enfocament de drets, i de la mateixa manera que succeeix amb les víctimes de la VR, les necessitats de les víctimes de CNH són **les comunes a qualsevol altra víctima de la VCM** (més informació sobre aquest tema als punts 5.3. i 8.3. del present informe).

Aquestes es refereixen a: informació, orientació, suport psicosocial, acompanyament juridicolegal, atenció residencial, seguretat i protecció, atenció sanitària, atenció psicològica i psiquiàtrica, atenció especialitzada a les seves filles/fills, vincles o xarxa social alternatives a l'entorn agressor i reparació.

D'altra banda, i tal com s'ha assenyalat sobre la VR, les víctimes de CNH, depenent de la tipologia a què s'enfrontin, **tindran més necessitats més específiques** a causa de les característiques de la violència i els perfils dels col·lectius de dones més afectats per ella.

Durant el treball de camp s'ha fet referència a qüestions com les següents:

- Accés i ràpida resposta a la protecció internacional per motius de gènere.
- Serveis d'interpretació cultural que transcendeixin la traducció i la mediació en serveis; orientats al suport en l'acompanyament social i la relació amb els recursos d'atenció.
- Es considera necessària la presència de dones professionals de la seva ètnia o mateixa procedència (però no del seu cercle més pròxim perquè pot ser percebut com una amenaça).
- Processos d'orientació i informació que garanteixin l'anonimat.
- Comprensió; les víctimes i supervivents necessiten una atenció especialitzada on s'entengui amb precisió i empatia la complexitat de les seves experiències, transcendint prejudicis culturals:
  - el paper de les xarxes familiars, la noció de lleialtat, la vergonya, la lluita interna entre valors i mandats culturals, la sensació de traïció a la família, l'aïllament i la solitud.
  - Així mateix, necessiten sentir-se compreses dins de les característiques de la comunitat del seu barri o municipi de residència, i la relació que existeix entre aquesta i altres localitats.
- Una valoració del risc i dels recursos de seguretat per a la seva protecció molt més precisa que l'actual. Entre altres, és necessari valorar qüestions com:
  - riscos comunitaris i de diferents perpetradors;
  - la protecció al país d'origen, la protecció d'elles si hi tornen i la protecció dels familiars que es troben aquí i són amenaçats;
  - les pràctiques culturals que les afecten són difoses amb freqüència per canals internacionals que arriben a les seves comunitats a Espanya; tal com assenyala la CEDAW, és necessari adoptar mesures adequades per contenir aquesta difusió;
  - el trasllat forçós amb familiars a una altra CA;
  - el trasllat o segrest internacional de les víctimes;
  - la mediació internacional que requereix el seu rescat i el retorn a Espanya;
  - la necessitats dels seus fills i filles i els riscos que corren;
  - les característiques de les situacions de crisi o emergència.



- Es consideren víctimes amb especials dificultats per accedir a ajudes a l'autonomia econòmica, de vegades per la seva situació administrativa i la dependència a les xarxes familiars o a la parella. És vital la rapidesa en les respostes.
- Requereixen d'una xarxa social de suport, però:
  - enfronten majors barreres per accedir a grups de dones; de vegades, a causa de la discriminació (racisme, xenofòbia o antigitanisme) que es produeix des de les associacions locals de dones dels seus municipis.
  - Hi ha pocs grups de dones supervivents que han estat perseguides per motius de gènere.
  - Hi ha pocs espais segurs d'inclusió social (interculturals i amb perspectiva de gènere), que els permetin construir noves relacions (d'oci, esport, culturals, etc.).
- L'acompanyament és a llarg termini, i de vegades al llarg de la vida, perquè els agressors són sempre un risc potencial i són múltiples (de vegades, en diversos països). Els processos de recuperació en aquesta mena de violència són més complexos i molt més lents que davant la VG i la VS.
- La VS i la VR és present en algunes expressions dels CNH, per la qual cosa cal garantir a les víctimes l'accés als recursos de SSR.
- Les víctimes poden tenir dificultats per sol·licitar ajuda o formular demandes sobretot a causa de la falta de coneixement dels seus drets i els recursos disponibles; i en relació amb això últim, també perquè no han elaborat encara la noció de la seva pròpia victimitat, perquè el context d'opressió que experimenten està molt normalitzat i la seva ruptura els causa conflictes morals. Ha de facilitar-se el seu accés a la justícia, ja que la majoria d'aquests delictes no solen denunciar-se, ni tan sols quan es posen en coneixement de la policia (RSEP, 2015).
 

«Es necessita escoltar i interpretar molt la seva història de vida, ja que moltes no ho tenen identificat com a crims d'honor. És molt important escoltar-les per poder realitzar una identificació adequada» (entrevista a experta).

És necessari millorar el coneixement sobre les necessitats de les víctimes a través de recerques que posin en el centre el protagonisme d'aquestes.

## 9.3. Marc normatiu i institucional

### 9.3.1. Context internacional i europeu

Els CNH entren en l'àmbit dels **drets humans fonamentals** i la violència contra les dones. D'aquesta manera, es faria al·lusió a instruments usuals del dret internacional de les Nacions Unides ja esmentats en altres capítols de l'estudi, com són:

- Declaració Universal dels Drets Humans (1948).
- Pacte Internacional de drets Econòmics Socials i Culturals i el Pacte de Drets Civils i Polítics (1966) i l'Observació General núm. 28 del Comitè de Drets Humans que indica que «la tradició cultural no ha d'acceptar-se com a defensa en casos de delictes d'honor».
- Convenció contra la Tortura i Altres Tractes o Penes Cruels, Inhumans o Degradants (1984).
- Convenció sobre els Drets del Nen (1990).
- Conferències Internacionals sobre les Dones (des de Mèxic 1975 a Pequín 1995); en concepte la Plataforma d'Acció de Beijing i els seus indicadors i cimeres de seguiment posteriors.
- Declaració per a l'eliminació de la violència contra les dones (1993), que esmenta explícitament els «crims d'honor» com una forma de VCM.
- Declaració Universal de la Unesco sobre la Diversitat Cultural (2001), condemna la violència derivada de les pràctiques culturals.
- Resolució /57/179 de l'Assemblea General de l'ONU «Cap a l'erradicació dels delictes d'honor comesos contra la dona» (2002), i la Resolució 58/147 sobre «Eliminació de la violència contra la dona a la llar», que instava els estats a «no invocar cap costum, tradició o consideració religiosa per eludir la seva obligació d'eliminar la violència contra la dona» (2003).
- L'Informe del Secretari General de l'any 2006 sobre l'Estudi a fons sobre totes les formes de violència contra la dona (A/61/122/Add.1), va aconseguir que s'aprovesin diverses resolucions de gran rellevància: tres d'elles sobre la «intensificació dels esforços per eliminar totes les formes de violència contra la dona» (la 61/143, l'any 2007; 62/133 en el 2008; i 65/187 el 2010).

- Convenció per a l'eliminació de totes la formes de discriminació de les dones. CEDAW (1979).

Pel que fa a **la CEDAW**, com a instrument de referència global per a l'erradicació de la VCM en totes les seves formes, cal al·ludir algunes de les **seves recomanacions** que amplien la noció de violència, de manera que la CNH comencen a ser més visibles en el conjunt de l'ONU i les obligacions dels estats:

- Recomanació General Núm. 19: La violència contra la Dona (1992).
- Recomanació general Núm. 28 relativa a les obligacions bàsiques dels Estats membres, de conformitat amb l'article 2 de la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona (2010).
- Recomanació General Núm. 35 sobre la violència de gènere contra la dona, per la qual s'actualitza la recomanació general Núm. 19 (2017).
- Recomanació general núm. 31 del Comitè i Observació general núm. 18 del Comitè dels Drets del Nen «sobre les pràctiques nocives», adoptades de manera conjunta l'any 2014:
  - Alerta sobre les obligacions dels Estats en determinades formes de violència: la MGF, el matrimoni infantil o forçós, la poligàmia, i els delictes comesos per motius de «honor».
  - Descriu l'opressió a la qual es veuen sotmeses les nenes i les creences masclistes que la provoca; i determina que (èmfasis agregats):
  - «són actes de violència que es cometen de manera desproporcionada, encara que no exclusiva, contra nenes i dones perquè els familiars consideren que un determinat comportament suposat, subjectiu o real portarà la deshonra a la família o a la comunitat». (paràgraf 29).
  - «En lloc de percebre'ls com a actes delictius contra les dones, la comunitat sovint aprova els delictes comesos per motius «d'honor» com un mitjà per preservar o restablir la integritat de les seves normes culturals, tradicionals, consuetudinàries o religioses després de suposades transgressions. En alguns contextos, la legislació nacional o la seva aplicació pràctica, o la seva absència, permet que la defensa de l'honor es presenti com una circumstància eximent o atenuant per als autors d'aquesta mena de delictes, la qual cosa desemboca en penes reduïdes o en la impunitat. A

més, la formació de causes penals pot veure's obstaculitzada per la reticència de les persones que tenen coneixement del cas a aportar proves que corroborin l'ocorregut» (paràgraf 30).

- I en funció de l'anterior, recorda l'obligació dels Estats a actuar de manera diligent, de manera holística i coordinada (verticalment i horitzontalment) entre totes les institucions públiques, així com potenciar els drets de les dones i les nenes i el seu apoderament.
- A més incideix en:
  - «l'obligació de prendre totes les mesures apropiades, incloses mesures especials de caràcter temporal (art. 4.1)<sup>175</sup> per modificar els patrons socioculturals de conducta» (paràgraf 31).
  - «assegurar la posada en marxa d'un mecanisme de vigilància independent que faci un seguiment dels progressos realitzats» (paràgraf 35).
  - «La reunió, anàlisi, difusió i utilització periòdica i exhaustiva de dades quantitatives i qualitatives»(paràgraf 37).
    - Determinats professionals «ocupen una posició extraordinària per identificar a víctimes possibles o reals de pràctiques nocives. (...) [les] normes de confidencialitat que poden entrar en conflicte amb la seva obligació de denunciar (...) Cal superar aquest obstacle amb reglaments específics que introdueixin l'obligatorietat de denunciar tals incidents» (paràgraf 49).
    - Treballar amb la comunitat per desconstruir els suposats beneficis de les pràctiques nocives i trobar alternatives a l'expressió dels valors culturals que els representen (paràgraf 59).

Quant al marc de la [Unió Europea](#), la referència clau és per descomptat el Conveni del Consell d'Europa sobre la prevenció i la lluita contra la violència contra les dones (2011), *Conveni d'Istanbul*.

El Conveni d'Istanbul va estar precedit i continuat amb diverses **actuacions institucionals** de rellevància. Així, cal ressenyar:

---

<sup>175</sup> Les característiques de les EL són explicades en la metodologia (capítol 2; la seva distribució per CA) i també es descriuen en punt 7.1.1. relatiu a l'AEAF, però que és introduït per la descripció de l'acció local en general.

- La Plataforma d'Acció d'Estocolm de 2004 per Combatre la Violència d'Honor a Europa, que va donar lloc a diverses recomanacions als Estats membres de la UE.
- Fons i diversos programes de finançament com: Progress, Daphne, Programa de Drets, Igualtat i Ciutadania, FSE, FSE+, NextGeneration-UE.
- Les Resolucions 1327 (2003) i 1681 (2009), i Recomanació 1881 (2009), que es dirigien als delictes «d'honor». Aquestes resolucions demanen que es prenguin mesures urgents i es modifiquin les lleis d'immigració perquè l'amenaça dels crims d'honor sigui motiu suficient per obtenir un permís de residència o asil. També demanen que s'apliquin les lleis que castiguen els delictes «d'honor», que s'exclougui l'honor com a atenuant o defensa en els processos penals (...)» (EPRS, 2015).
- La Resolució del Parlament Europeu 2011 sobre el rostre de la pobresa femenina a la UE, en la qual insta els Estats membres a prendre les mesures necessàries per eliminar els delictes «d'honor».
- La Resolució de 5 d'abril de 2011, sobre el nou marc per combatre la violència contra les dones, del Parlament Europeu, va alertar sobre els dèficits existents i va al·ludir específicament als assassinats «per honor» i altres crims «d'honor», instant la Comissió a una acció més decisiva sobre aquest tema.
- Per la seva part la Directiva 2012/29/UE del Parlament Europeu i del Consell de 25 d'octubre de 2012 per la qual s'estableixen normes mínimes sobre els drets, el suport i la protecció de les víctimes de delictes, i per la qual se substitueix la Decisió marc 2001/220/JAI del Consell, identifica els «delictes en nom de l'honor» com VCM (paràgraf 17).
- La Resolució de març de 2012 sobre la igualtat entre homes i dones a la UE - 2011, subratlla que el paquet de mesures dels Estats membres sobre les víctimes de la UE ha d'incloure accions i recursos per combatre els CNH.
- La resolució d'iniciativa legislativa del Parlament, de 25 de febrer de 2014, amb recomanacions a la Comissió per combatre la violència contra les dones, va fer especial esment als delictes «d'honor».

Quant al **Conveni d'Istanbul**, els crims en nom «de l'honor» queden recollits en el preàmbul, en la definició de VCM (art. 3), en les obligacions generals dels estats (art. 12. 5. *Les Parts vetllaran perquè no es consideri que la cultura, els costums, la religió, la tradició o el suposat «honor»*

*justifiquen actes de violència inclosos en l'àmbit d'aplicació del present Conveni)* i explícitament en l'article 42:

Art.42. Justificació inacceptable dels delictes penals, inclosos els delictes comesos suposadament en nom «de l'honor»

1. Les Parts adoptaran les mesures legislatives o d'un altre tipus necessàries per garantir que, en els procediments penals oberts per la comissió d'un dels actes de violència inclosos en l'àmbit d'aplicació del present Conveni, no es consideri a la cultura, el costum, la religió, la tradició o el suposat «honor» com a justificació d'aquests actes. Això abasta, especialment, les al·legacions segons les quals la víctima hauria transgredit les normes o costums culturals, religioses, socials o tradicionals relatives a un comportament apropiat.

2. Les Parts adoptaran les mesures legislatives o d'un altre tipus necessàries perquè la incitació feta per qualsevol persona a un menor perquè cometi qualsevol dels actes esmentats en l'apartat 1 no disminueixi la responsabilitat penal d'aquesta persona en relació amb els actes comesos.

El Consell d'Europa (European Council, 2023) va considerar, amb motiu de l'elaboració del Conveni d'Istanbul, que els CNH «solen ser delictes que formen part del panorama del dret penal dels Estats membres del Consell d'Europa des de fa molt de temps», i que la diferència era **la intencionalitat**, «es cometen per perseguir un objectiu diferent o addicional a aquest efecte immediat del delicte» (el restabliment de «l'honor» de la família). D'aquesta manera, «per tal de tenir en compte aquest aspecte, els redactors de la Convenció van **abandonar la idea original d'introduir un delicte penal independent** pels denominats «delictes d'honor» i van acordar prohibir qualsevol intent de justificar un comportament delictiu basant-se en la cultura, el costum, la religió, la tradició o el denominat «honor»; aquesta és la raó de l'article 42.

Així mateix, l'**article 53** del Conveni introdueix ordres d'allunyament i protecció per a totes les formes de violència, inclosos els CNH. De la mateixa manera a les víctimes de CNH se'ls fan extensius tots els recursos i serveis als quals s'al·ludeix en el Conveni de suport a les víctimes (vegeu articles 22 i 24).

També s'incideix en la importància que els Estats valorin l'**equilibri entre la denúncia d'ofici** i la protecció a la població en risc i la **necessària confidencialitat** que requereix la **prestació de suport** a aquestes víctimes (articles 27 i 28); així com millorar la seva protecció (article 51) i garantir el dret a la **protecció internacional** de les víctimes (articles 60 i 61).

Els **informes d'avaluació de GREVIO**, el mecanisme de seguiment del Conveni d'Istanbul, han posat de manifest els reptes pendents en l'aplicació d'aquest. D'aquesta manera, caldria considerar el següent dins del context institucional actual:

- Només quatre informes d'avaluació de referència de GREVIO, en particular, els d'Albània, Itàlia, Portugal i Turquia, han abordat l'article 42 de la convenció:
  - fan modificacions per assegurar que siguin imputats pel crim no sols l'autor del crim sinó també els membres del consell de família que van prendre la decisió de realitzar tal homicidi;
  - criden al desmantellament del concepte que l'honor i el prestigi de l'home o de la família estan intrínsecament associats a la conducta o presumpta conducta de les dones relacionades amb ells;
  - procuren la formació de professionals judicials i el seguiment de les pràctiques judicials;
  - incideixen en la recopilació de dades.
- Espanya no es troba entre aquest països, i tampoc s'al·ludeix als CNH en l'Informe de la Plataforma Ombra al GREVIO 2018.
- GREVIO ha encoratjat/encoratjat fortament al fet que les parts signants integrin la perspectiva d'acció sobre els CNH en el disseny, implementació, monitoratge i avaluació de polítiques per prevenir i combatre la VCM en els informes d'avaluació de línia de base sobre Albània, Andorra, Bèlgica, Itàlia, Portugal, Espanya i Turquia (2020:48).

Finalment, cal mencionar també el fet que l'Assemblea Parlamentària del **Consell d'Europa** hagi aprovat la **Resolució 2395 (2021) Reforç de la lluita contra els anomenats delictes «d'honor»**; en la qual es fa una crida als Estats membres del Consell d'Europa:

- Al·ludeix a la signatura i plena implementació del Conveni d'Istanbul.
- Incideix a millorar i reforçar l'atenció a les víctimes de CNH i el seu adequat finançament.
- Indica la importància d'atendre adequadament les víctimes LGBTI.
- Reforçar les polítiques d'asil i protecció internacional.
- Millorar les activitats de sensibilització.

Malgrat el marc internacional existent, **els CNH segueixen sense ser punibles en molts països** i quan ho són les penes fins fa poc han tendit a ser suavitzades erròniament per l'existència de les creences o motius culturals que les motiven com a circumstàncies atenuants. Fet que resulta una interpretació patriarcal de la violència i una revictimització de les dones víctimes d'aquesta. La Fundació SORGIR assenyala sobre aquest tema que «Es poden donar diverses explicacions a aquesta indulgència vergonyosa: lleis inapropiades, la complicitat dels jutges i de les autoritats públiques, i també la manca de testimonis perquè la gent calla per temor a les represàlies» (Bernard, 2012:13). Continua sent necessària una **acció institucional més contundent** i que compregui de forma més extensiva la complexitat en la qual s'expressa aquesta forma de VCM (Saldaña 2016; Szygendowska, 2017).

### 9.3.2. Marc normatiu espanyol

Al nostre país, el marc normatiu vigent refereix al citat Conveni d'Istanbul (ratificat el 2014); juntament amb aquest, gairebé totes les manifestacions (però no totes) de la VNH estan recollides com a delictes en la **Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal** i serien motius de concessió de protecció internacional per motius de gènere al nostre país segons la **Llei 12/2009, de 30 d'octubre, reguladora del dret d'asil i de la protecció subsidiària**.

**No existeix, en la nostra legislació nacional, la noció específica** de «crim d'honor» o «violència basada en l'honor». Caldria, doncs, revisar la nostra pràctica jurídica. D'altra banda, moltes expressions de la VBH no són fàcilment punibles dins del nostre marc de Dret com, per exemple, el «marc d'opressió» que viuen les víctimes.

Tal com assenyala el PECVG (2019; renovat 2022) «l'atenció i recuperació, amb reconeixement de drets específics de les dones víctimes de qualsevol acte de violència contemplat en el Conveni d'Istanbul, i no previst a la LO 1/2004, es regirà per les lleis específiques i integrals que es dictin a aquest efecte d'adequar la necessitat d'intervenció i de protecció a cada tipus de violència. Fins que no es produeixi aquest desenvolupament normatiu, la resta de violències de gènere reconegudes en el Conveni d'Istanbul, rebran un tractament preventiu i estadístic en el marc de la LO 1/2004. Així mateix, la resposta penal en aquests casos es regirà segons el que disposa el Codi Penal i les lleis penals.»

Diverses manifestacions de la VNH es considerarien «violència familiar», que ve regulat en el Codi Penal espanyol a l'**article 173.2**. Altres tipologies fan menció específicament a delictes de



VCM més explícits, com són el de matrimoni forçós, el de la MGF, la violència de gènere en la parella, violències reproductiva o violència sexual; les quals es refereixen, a més del Codi Penal, a la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere i la Llei orgànica 10/2022, de 6 de setembre, de garantia integral de la llibertat sexual.

Els delictes relacionats amb la VNH implicarien almenys l'agreujant de parentiu i de gènere (entre altres possibilitats), recollides en el Capítol IV de circumstàncies que agreugen la responsabilitat criminal, i al Capítol V de circumstàncies mixtes de parentiu del Codi Penal.

La introducció en el nostre marc legal de l'agreujant de gènere va tenir lloc gràcies al Conveni d'Istanbul i es produeix a través de la Llei orgànica 1/2015 de 30 de març per la qual es modifica el Codi Penal, que entre altres modifica la circumstància 4a de l'article. D'aquesta manera, l'article 22 considera l'agreujant de gènere per raó de discriminació (Bernard, 2012:13). Continua sent necessària una acció institucional més contundent i que compregui de forma més extensiva la complexitat en la qual s'expressa aquesta forma de VCM (Saldaña 2016; Szygendowska, 2017):

«22. 4a Cometre el delicte per motius racistes, antisemites, antigitanos o un altre tipus de discriminació referent a la ideologia, religió o creences de la víctima, l'ètnia, raça o nació a la qual pertanyi, el seu sexe, edat, orientació o identitat sexual o de gènere, raons de gènere, d'aporofòbia o d'exclusió social, la malaltia que pateixi o la seva discapacitat, amb independència que aquestes condicions o circumstàncies concorrin efectivament en la persona sobre la qual recaigui la conducta».

l'article 23, respecte el parentiu, indica que:

«És circumstància que pot atenuar o agreujar la responsabilitat, segons la naturalesa, els motius i els efectes del delicte, ser o haver estat l'agreujat cònjuge o persona que estigui o hagi estat lligada de manera estable per anàloga relació d'afectivitat, o ser ascendent, descendent o germà per naturalesa o adopció de l'ofensor o del seu cònjuge o convivent.»

Juntament amb les llacunes esmentades, és important assenyalar la dificultat de la persecució d'aquests delictes quan són comesos a l'estranger.

Per la seva banda, el PEGG i l'EEVM 2022-2025 al·ludeixen a totes les formes de VCM, i assenyalen en els seus diagnòstics sobre l'estat de la qüestió l'existència de CNH i la preocupació pels feminicidis per honor. Així mateix, les seves accions es dirigeixen a totes les violències i a

totes les dones però són clarament inespecífiques de la VNH i es manca d'una estratègia de política pública especialitzada i concreta.

Quant als marcs d'actuació de [les Comunitats Autònomes](#), la diversitat de normes autonòmiques reflecteix una presència desigual dels fenòmens que caracteritzen els CHN. Els matrimonis forçosos i la MGF estan recollits en moltes legislacions i plans estratègics territorials, a més d'altres formes d'abús que solen estar associades a la causa «de l'honor». D'igual manera, totes les legislacions fan referència al Conveni d'Istanbul i, per tant, abastarien els principals fenòmens de VCM als quals es fa referència en el citat conveni, entre ells, els CNH (article 3). No obstant això, trobem poques CA que facin servir el concepte «crims en nom de l'honor» o que facin referència de manera extensa a les seves manifestacions. Les excepcions fonamentals són la següents:

- Andalusia, en la Llei 13/2007, de 26 de novembre, de mesures de prevenció i protecció integral contra la violència de gènere:

Article 3. Concepte, tipologia i manifestacions de violència de gènere: (...). 4. A l'efecte del que es preveu en la present Llei, tindran la consideració d'actes de violència de gènere, entre altres, les següents manifestacions: (...) k) Les violències originades per l'aplicació de tradicions culturals que atemptin contra els drets de les dones, com ara crims per honor, crims pel dot, execucions extrajudicials, execucions o càstigs per adulteri o violacions per honor.

- Canàries, en la Llei 16/2003, de 8 d'abril, de Prevenció i Protecció Integral de les Dones contra la Violència de Gènere:

Article 3. Formes de violència de gènere. i) Femicidi: els homicidis o assassinats comesos en l'àmbit de la parella o exparella, així com altres crims que revelen que la base de la violència és la discriminació per motius de gènere, entenent com a tals, entre d'altres, els homicidis o assassinats vinculats a la violència sexual o executats en l'àmbit de la prostitució i el tràfic de dones així com aquells relacionats amb l'infanticidi de nenes o efectuats per motius d'honor o de dot.

- Catalunya, en la Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista:

Art.5, en l'Apartat 2. Violència en l'àmbit familiar; i, en part, de l'Apartat 4. Violència en l'àmbit social o comunitari: (...) «g) Femicidis: els assassinats i homicidis de dones per raó de gènere, les induccions al suïcidi i els suïcidis a conseqüència de la pressió i violència exercida envers la dona. (...) j) Restriccions o privacions de llibertat a les dones, o d'accés a l'espai públic o als espais privats, o a activitats laborals, formatives, esportives, religioses o lúdiques, així com restriccions

a la llibertat d'expressió en termes d'orientació sexual o expressió i d'identitat de gènere, o a la llibertat d'expressió estètica, política o religiosa».

- Navarra, en la Llei foral 3/2018, de 19 d'abril, per a la modificació de la Llei foral 14/2015, de 10 d'abril, per actuar contra la violència envers les dones:

Article 3. Definició i manifestacions de la violència contra les dones. (...)2. c) El feminicidi: els homicidis comesos en l'àmbit de la parella o exparella, així com altres crims que revelen que la base de la violència és la discriminació per motius de gènere, entenent com a tals l'assassinat vinculat a la violència sexual, l'assassinat en l'àmbit de la prostitució i el tràfic de dones, els assassinats per motius d'honor, l'infanticidi de nenes i les morts per motius de dot.

- La Rioja, en la Llei 11/2022, de 20 de setembre, contra la Violència de Gènere de La Rioja:

Article 5. Formes i manifestacions de la violència de gènere. (...) 1.k) Les violències originades per l'aplicació de tradicions culturals que atemptin contra els drets de les dones i nenes, com ara crims per honor, crims pel dot, execucions extrajudicials, execucions o càstigs per adulteri o violacions per honor, proves de virginitat o qualssevol altres pràctiques culturals atemptatòries contra la dignitat o intimitat de les dones i nenes.

## 10. CNH: Experiències d'interès

### 10.1. Resultat de les enquestes a EL i organitzacions

#### 10.1.1. La intervenció de les entitats locals

De les 279 entitats locals que van respondre l'enquesta sobre VR i CNH<sup>176</sup>, el 100 % va afirmar conèixer, en general, les característiques de la violència compresa com a CNH, però només 8 ajuntaments -el **2,8 %**- van indicar la necessitat de realitzar actuacions específiques en aquest sentit. En la resposta de les EL trobem una diferenciació, tal com la pròpia enquesta plantejava entre matrimonis forçosos, MGF i la categoria genèrica sobre CNH. En el punt 7.1.1. Accions locals en matèria de VCM (capítol 7) es descriuen les característiques de la intervenció local, en general, sobre VCM. El 89,2 % de les enquestades és membre d'ATENPRO.

Les entitats locals que afirmen realitzar actuacions en matèria de CNH es troben a les províncies de València, Toledo, Conca, Càceres, Barcelona, Granada, Valladolid i Madrid. **Cap d'elles es refereix a una aproximació especialitzada** sobre «l'honor», sinó al fet que les seves manifestacions (agressions, amenaces, retorn al país d'origen, matrimonis forçosos, etc.) són conegudes pels equips locals i la detecció i atenció a les víctimes funciona dins dels procediments usuals d'atenció a la VCM. D'elles, només 3 entitats locals incorporen aquestes formes de violència al protocol o protocols existents de coordinació institucional.

Amb independència de l'anterior, les EL participants de l'enquesta **no inclouen la inclusió dels CNH com a part de les taules de seguiment local** a la VCM.

D'acord amb les respostes obtingudes, **no hi ha recursos que es considerin especialitzats** (locals o supralocals), diferents als recursos disponibles en matèria de VG o violències masclistes. A aquests recursos es deriva o atén les dones, les seves filles i fills.

Les **principals barreres percebudes** per les EL, quant a l'actuació envers les víctimes, són de tipus idiomàtic, a causa de la manca de disponibilitat d'intèrprets, fonamentalment.

---

<sup>176</sup> Les característiques de les EL són explicades en la metodologia (capítol 2; la seva distribució per CA) i també es descriuen en punt 7.1.1. relatiu a l'AEAF, però que és introduït per la descripció de l'acció local en general.

Els **reptes en la coordinació** de casos de violència que involucren CNH se centren en la seguretat de les víctimes, i l'atenció especialitzada en matèria de salut, juntament amb les institucions educatives. En general, l'experiència de coordinació local és valorada com molt positiva i es basa en els procediments d'atenció a la VG.

En la recollida d'informació a través de l'enquesta no s'han assenyalat experiències d'interès sobre les quals aprofundir o que puguin constituir una bona pràctica. Recordem que s'exclouen de l'estudi els CNH relacionats amb la MGF i els matrimonis forçosos (de les quals sí que hi ha nombroses referències) atès que s'està realitzant una recerca en paral·lel impulsada per la pròpia FEMP.

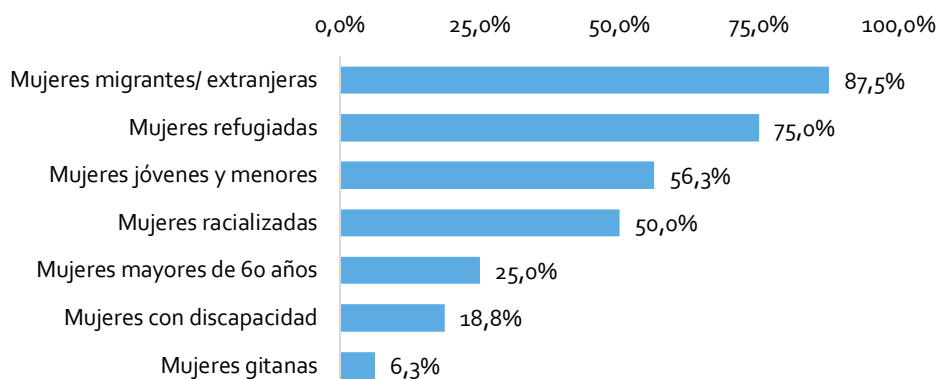
### 10.1.2. La intervenció d'organitzacions i persones expertes

L'enquesta a organitzacions i persones expertes (centrada exclusivament en CNH) va rebre **18 respostes** (d'ONG i universitats), la majoria per part de professionals de l'atenció a dones en diferents àmbits: psicosocial, salut i en matèria de drets a dones d'origen estranger (encara que no exclusivament). També per alguna investigadora en la matèria.

El seu treball era **d'àmbit estatal majoritàriament** (70,6 %) i provincial (23,5 %), i en menor grau, local (5,9 %) o autonòmic (5,9 %). Només 2 organitzacions estaven vinculades amb ATENPRO.

L'experiència en la transversalitat de l'enfocament de gènere interseccional és majoritària: 68,8 % considerava que ho aplicava totalment i el 25 % que ho feia bastant. Els grups de dones més presents en l'enfocament del seu treball actual són els relacionats amb les diferents diàspores (vegeu Gràfic inferior):

Gràfic 11. CHN: grups de dones o vulnerabilitats més presents en el treball de les organitzacions



Red2Red, 2023. Enquesta a persones i organitzacions expertes sobre CHN (N=18)

De les 18 organitzacions, 11 tenia experiència en el treball sobre matrimonis forçosos i 8 respecte a la MGF, però només **6 organitzacions** van considerar que tenien experiència en «crims d'honor» (el 29,4 % del total de respostes). Només 2 treballen en relació amb un protocol d'actuació sobre violències masclistes o violència de gènere.

Aquestes organitzacions eren totes **de l'àmbit de la protecció internacional (PI)** i la inclusió social de la població refugiada i migrant.

Les experiències que s'han recollit en l'enquesta **no es corresponen a projectes específics sobre CNH**, sinó que l'actuació quant a les seves manifestacions formen part de l'atenció a persones usuàries de les seves entitats.

Es tracta **d'activitats dels seus programes d'acolliment internacional** i intervenen a través d'equips interdisciplinaris, en matèria de:

- Sensibilització i conscienciació.
- Assessorament i acompanyament jurídic (PI i situació administrativa).
- Atenció psicològica i suport emocional.
- Foment de xarxa de suport i apoderament de dones.
- Atenció a la violència de gènere en les seves diferents manifestacions.
- Suport als processos d'inclusió social.

En alguns casos també implicaria la recerca social.

En general, els recursos destinats a les dones víctimes són residencials i d'atenció. Quant a la seva titularitat, alguns (la minoria) són propis. En general, es tracta de recursos residencials de gestió pròpia però de titularitat de la xarxa SAPIT. Quant a l'atenció a la violència, sí que es

tenen recursos humans especialitzats i, a més, es treballa de manera coordinada amb la xarxa local i autonòmica per a víctimes de la violència masclista (normalment VG i VS), incloses les FCSE.

«Disposem de centres d'acolliment i pisos compartits per a la fase d'acolliment i acompanyament interdisciplinari al llarg de tot el procés de sol·licitud de protecció internacional» (comentaris a l'enquesta).

«Tenim habitatges llogats específics per a dones, cedits per les Administracions locals i entitats religioses (pertanyen a les places finançades pel Ministeri)».

«Proveïm d'atenció individual, grupal i derivacions a recursos especialitzats en violència de gènere» (comentaris a l'enquesta).

Juntament amb les anteriors, l'ONG assenyalen altres associacions de dones i associacions representatives d'algunes diàspores o nacionalitats; també organitzacions internacionals (com OIM, ACNUR, EUAA, UNICEF, IRCT, entre d'altres).

L'experiència de les organitzacions expertes **en relació amb la coordinació** és positiva, si bé la coordinació amb recursos i institucions planteja reptes en els casos de CNH; fonamentalment:

- la identificació del problema i la presa de consciència sobre la seva importància;
- la mesures de seguretat que requereixen les dones i els i les menors;
- un major enfocament intercultural i de gènere;
- recursos humans més formats per a la prevenció i detecció;
- coneixement de l'entorn cultural dels països d'origen;
- comprendre els temors de les dones, la noció de «vergonya», «traïció», «lleialtat»;
- i rapidesa en la resposta.

Quant a la **prevenció de victimitzacions futures** amb les supervivents de CNH, es considera que les actuacions depenen, en gran manera, de respostes institucionals més àgils:

- Terminis curts en la resolució de la sol·licitud de PI
- Acompanyament en la integració social i suport sanitari, psicològic i educatiu.
- Autonomia econòmica

Quant al treball de **prevenció i sensibilització**, aquest diferenciaria l'acció envers altres agents i institucions i envers la societat en general. Quant als primers, s'ha assenyalat la millora de la

formació sobre aquesta violència i la capacitació transversal en l'enfocament intercultural i de gènere.

Respecte de la sensibilització de la **societat local**, les organitzacions enquestades consideren que s'han de treballar els següents temes:

- Conscienciar la població que no a tots els països es respecten els drets de les dones i que moltes vegades aquestes dones que transgredeixen, segons les normes socials del seu entorn, són castigades amb diferents pràctiques que poden anar des de l'aïllament fins a atacs a la seva integritat física o violacions per part de familiars.
- Qüestions interculturals, de gènere, tipus de violències que s'emmarquen dins de la violència de gènere.
- No invisibilitzar ni considerar aquest fet com una cosa vinculada a la cultura o la religió exclusivament.
- Com he dit anteriorment, que siguin accions continuades, que informin i les visibilitzin.

En totes dues actuacions, **les associacions de dones i feministes** es consideren facilitadores, a més de recursos de suport per a les pròpies víctimes.

«Són espais d'oci, de creació de xarxes, d'integració, conciliació, suport a les cures, de referents...» (comentaris a l'enquesta).

Quant a altres **associacions relacionades amb la procedència**, ètnia o cultura originàries de la família de les víctimes s'hauria de treballar de manera comunitària, per a la seva sensibilització respecte dels drets fonamentals de les dones. S'ha indicat, referent a això, que moltes víctimes prefereixen no tenir cap contacte amb la seva diàspora, perquè perceben aquest fet com una situació de risc per a la seva seguretat.

«Les dones que han sofert crims, no solen voler relacionar-se amb persones de la seva cultura ni amb familiars...pel risc que poden córrer en relació amb la seva localització i la informació que poden donar al seu entorn social» (comentaris a l'enquesta).

Quant a **experiències d'interès** desenvolupades per algunes organitzacions, s'han indicat les entitats següents: Accem, CEAR, CER-Migracions (Universitat Autònoma de Barcelona), Fundació de Solidaritat Amaranta i la Fundació Wassu Gambia Kafo.



## 10.2. Anàlisi de les pràctiques internacionals consultades

El primer crim «d'honor» reconegut com a tal a la UE va ser l'assassinat de Fadime Sahindal el 2002, que també va fer que la policia sueca reobris el cas de l'assassinat del seu nuvi tres anys abans (EPRS, 2015:6). S'han registrat casos a França, Suècia, Alemanya, Països Baixos, Bèlgica, Itàlia i el Regne Unit (que ja no és membre de la Unió). Es considera que el major nombre de casos es registra al Regne Unit, entre altres coses perquè ha millorat enormement els mecanismes d'accés a la denúncia i el mesurament de la prevalença els últims anys.

Dins de la Unió Europea, Alemanya, el Regne Unit i Suècia són casos especialment reconeguts com a països on els CNH ocupen una preocupació pública respecte de les VVCM. Són societats multiculturals consolidades i el moviment feminista ha treballat activament per polítiques públiques per a la seva erradicació. Dinamarca, Suïssa i Països Baixos són estats on les autoritats també han implementat actuacions de gran interès, encara que no són recollides en aquest estudi.

L'objectiu d'aquest apartat no és realitzar una recerca comparada, ni exposar una detallada anàlisi de la situació d'aquests països. L'objectiu de l'epígraf és més humil i més precís. Davant la manca d'informació sobre experiències locals a Espanya (especialitzades), s'han buscat exemples de recursos d'atenció que puguin servir de model i sobre els quals poder extreure aprenentatges per a l'acció local. D'aquesta manera, es realitza una descripció d'aquestes pràctiques, contextualitzant breument els diferents enfocaments amb què es treballa.

### 10.2.1. Experiències d'Alemanya i del Regne Unit

Tal com explica la investigadora Ercan (2014), Alemanya i el Regne Unit plantegen diferents solucions a un mateix problema. Mentre que al Regne Unit el debat es va centrar en la dimensió del gènere i s'atén des de la VCM, a Alemanya s'han considerat com un crim més culturalment específic amb menor atenció des del feminisme i major des del multiculturalisme.

#### 10.2.1.1. Regne Unit

El Regne Unit ha millorat els últims anys la **protecció legal** a les víctimes de pràctiques nocives i CNH (*Honour-Based Abuse*) sota l'enfocament de la VCM. Aquest marc legal s'ha vist reforçat

recentment el 2023<sup>177</sup> juntament amb la millora de l'estudi de la prevalença a través de les **estadístiques nacionals** sobre VCM (des de l'any 2020).

El 2007, es va crear la unitat policial especialitzada en la violència contra les dones i nenes (*Association of Chief Police Officers Honour Based Violence Working Group*) que compta amb les unitats especials («unitats de seguretat comunitària»). La Fiscalia de l'Estat té una estratègia específica des de l'any 2008. En aquesta s'inclou les peticions d'extradició per impedir que els crims romanguin impunes en cas de fugida a l'estranger o segresta de la víctima per tornar als seus països d'origen (Fundació SORGIR, 2012). Existeix un web institucional especialitzat en aquest tema (destinada fonamentalment a joves) i una línia de suport i consulta nacionals (telefònica).

Segons algunes de les organitzacions situades al RU que atenen de manera especialitzada a les víctimes o supervivents; els casos que s'identifiquen com a CNH representarien la punta de l'iceberg donades les dificultats per denunciar; a més, encara que les estadístiques han millorat, aquestes no tenen en compte la gran quantitat de dones i nenes traslladades a l'estranger i que no tornen al RU.

Des del 2015, cada 14 de juliol se celebra al Regne Unit (RU) un **Dia Nacional de record a les víctimes de femicidis per honor** (*Day of Memory for Britain's Lost Women*). La data coincideix amb el cas paradigmàtic, i que va obrir el debat social i legal, de Shafiea Ahmed, nascuda a Bradford i assassinada a Warrington el 2003 a mans dels seus pares d'origen pakistanès. És la data del seu aniversari.

Els **recursos especialitzats** són gestionats i implementats per ONG. Es tracta d'organitzacions en la seva majoria (sobretot les pioneres) associacions o fundacions, creades per dones que van viure de prop una experiència relacionada amb CNH; són finançades per organismes governamentals, gairebé sempre de caràcter nacional i altres organitzacions sense ànim de lucre amb majors recursos.

Algunes de les ONG<sup>178</sup> el treball de les quals pot servir com a exemple de pràctiques d'interès són:

---

<sup>177</sup> Vegeu The Code for Crown Prosecutors (accés).

<sup>178</sup> Altres organitzacions llistades com a recursos especialitzats per la policia britànica es poden consultar a seu web (accés). Vegeu The Code for Crown Prosecutors (accés).

- IKWRO (Organització pels Drets de les Dones Iranianes i Kurdes): Representa dones i nenes en risc de sofrir violència d'honor pertanyents a qualsevol comunitat del Pròxim Orient, el nord d'Àfrica i l'Afganistan. Han pres part en la recerca com a informants.
- Karma Nirvana: Atén la línia telefònica nacional d'ajuda (*National Honour Based Abuse Helpline*) per a persones amenaçades per aquest tipus de violència. L'entitat estima que, actualment, en un de cada cinc casos la víctima és un home.
- Halo Project: Iniciat el 2011 en resposta a la necessitat de serveis per a dones i nenes racialitzades negres i minories ètniques víctimes d'abús i violència domèstica i sexual.
- Henna Foundation: Va ser igualment una entitat reconeguda en aquest àmbit donant suport a dones i nenes musulmanes, però la seva activitat va cessar a mitjan 2022.

A continuació, s'expliquen breument les característiques de les pràctiques d'interès del Regne Unit. Cal tenir en compte, en tots els casos, que:

- tots els serveis són anònims i confidencials,
- estan proveïts per professionals qualificats en VBH.
- mai no es procedeix a realitzar mediacions amb les famílies, si bé això pot variar segons la legislació relativa a l'actuació amb menors de 16 anys, la qual cosa depèn dels serveis públics de protecció a la infància.

### Experiència 1: HALO PROJECT

- ONG: (accés)
- Tipus de servei proporcionat: consisteix en un Centre de suport especialitzat per brindar informació, assessorament i defensa personalitzada a dones i nenes en risc (d'abús sexual i domèstic, matrimonis forçosos, crims d'honor, MGF), a supervivents i professionals. Entre els serveis que es proveeixen destaquen:
  - Cerca d'allotjament segur o refugi d'emergència i suport comunitari.
  - Programes de sensibilització a través d'Halo-Hubs en partenariat amb universitats.
  - Capacitació de professionals i assessorament a ONG (amb diverses guies i manuals de suport link).
  - Revisió independent d'homicidis domèstics i suport a denúncies col·lectives davant la policia.
  - Fòrum de participació per donar veu a les víctimes.

- Incidència política.
- Telèfon d'emergències.
- Funcionament del recurs: Entitat benèfica nacional registrada fundada el 2011. Rep finançament governamental. La seva plantilla està formada només per dones. Des de 2014, opera una Xarxa d'Halo-Hubs per tot el país.
- Treballa a partir d'una metodologia bàsica de 6 mòduls per reconèixer l'abús, comprendre el seu impacte en els fills i filles, saber on buscar ajuda i sentir-se fora de perill. Es complementa amb teràpies per reduir l'estrès i l'ansietat, cursos d'anglès, ajuda econòmica i suport a l'ocupabilitat. Acreditada el 2022 amb l'estàndard de qualitat nacional «[Women's aid](#)»
- Criteris o principis d'actuació: Apoderament de les supervivents per trencar el cicle de l'abús i recuperar-se del trauma. Conscienciació i educació a les futures generacions. Per una societat lliure de violència cultural (matrimonis forçosos, crims d'honor i MGF) sobre dones negres i de minories.
- Resultats a destacar: Han fet costat més de 3.000 dones de més de 49 ètnies diferents ajudant-les a passar d'una situació de violència insostenible a una vida lliure d'abús. Han format més de 3.000 professionals de diversos àmbits: assistència, policia, educació i sistema de justícia. Van impulsar la denominada «[súper queixa policial](#)» de l'any 2020 presentada pel Centre per a la Justícia de la Dona (CWJ), on es va al·legar que les forces de l'ordre públic no estaven responant adequadament davant els casos d'abús domèstic, la qual cosa es considera origen del canvi social al Regne Unit.

### Experiència 2: IKWRO

- ONG: Organització pels Drets de les Dones Iranians i Kurdes ([accés](#))
- Tipus de Servei proporcionat: assistència integral interdisciplinària. Entre els recursos es destaca:
- Assessorament, atenció psicològica i defensa legal gratuïts proporcionats per professionals especialitzades (dones).
- Ofereixen els seus serveis en diverses llengües (kurd, farsi, àrab, dari, pashto, turc i anglès), partint d'un email de sol·licitud d'ajuda. Les professionals es desplacen on es trobi la víctima per a l'atenció presencial confidencial. Atenen casos de matrimoni

forçós, matrimoni infantil, captivitat marital, MGF, proves de virginitat i himenoplàstia, tribunals de la Xaria, etc.

- Refugi: allotjament segur i especialitzat a dones joves i solteres.
- Capacitació i suport emocional per a dones i nenes per ajudar-les a comprendre els seus drets.
- Col·laboració amb organitzacions educatives, les ajuden a accedir a classes d'anglès i oportunitats d'educació, capacitació i ocupació.
- Assessorament i capacitació per a professionals del sector públic i del voluntariat, per comprendre millor les necessitats de les víctimes, els tipus d'abús que experimenten i conèixer bones pràctiques en serveis de prevenció i suport.
- Sensibilització amb campanyes per augmentar la consciència i millorar les lleis i polítiques per abordar totes les formes d'abús basat en «l'honor» i altres pràctiques nocives.
- Premis «a l'honor» real: *True Honor Awards* se celebren anualment per reconèixer les persones i organitzacions que treballen sobre la VNH. Commemoren les dones assassinades cada any.
- Treballen en xarxa i participen de les taules locals de VCM com a part dels seus procediments de coordinació i també d'incidència política.
- Funcionament del recurs: Organització benèfica registrada fundada el 2002. Les beneficiàries són dones i nenes de l'Orient Mitjà, nord d'Àfrica i l'Afganistan, que viuen al Regne Unit i que han experimentat o estan en risc de sofrir totes les formes d'abús basat «en l'honor» (incloent; matrimoni forçós, matrimoni infantil i mutilació genital femenina (MGF), o abús domèstic).
- Principio d'actuació: drets humans, enfocament de gènere i interculturalitat. Treball en xarxa. Empatia. Cap víctima sense resposta. No hi ha límit en el temps destinat a l'atenció. Treball en xarxa i coordinació en espais locals i nacionals.
- Resultats a destacar: El 2022 van atendre més de 2.200 dones i nenes. Desenvolupen [campanyes](#) de sensibilització d'alt impacte comunitari. Tenen una implantació en les comunitats en risc molt alta a causa del «boca a boca», el respecte a la confidencialitat i la resposta permanent individualitzada al llarg del temps. La mitjana d'atenció a una usuària és de 4 anys.

### Experiència 3: Karma Nirvana

- ONG: ([accés](#))
- Tipus de servei proporcionat: línia d'atenció telefònica nacional (*National Honour Based Abuse Helpline*) per a l'assessorament a víctimes, capaciació a professionals, sensibilització i incidència política i recerca social. Principals recursos:
- Sensibilització ciutadana amb campanyes contra els abusos basats en l'honor (nenes, dones i homes).
- Suport, apoderament i formació a víctimes per telèfon i correu; assessorament assistencial i legal i allotjament temporal. La víctima pot trucar o sol·licitar que la truquin.
- Assessorament a altres professionals que treballen o enfronten casos de CNH.
- Programa de formació presencial i virtual a professionals de primera línia d'atenció (policia, treballadors/es socials, docents, sanitaris, etc.)
- Producció de coneixement: informes per a la reflexió; generació de dades pròpies (amb estadístiques quadrimestrals des de 2019); anàlisi d'altres informacions procedents de socis externs.
- Campanyes de sensibilització i incidència política.
- Funcionament del recurs: Entitat benèfica nacional registrada amb finançament governamental (Ministeri de l'interior i Ministeri de Justícia) fundada en 1993. Es considera la primera ONG britànica especialitzada en l'atenció a víctimes i supervivents de l'abús basat en l'honor. Atén tant estrangeres que resideixen al país com a nacionals britànics residents a l'estranger. En 2008 es va llançar la Línia telefònica d'atenció. Treballa en xarxa amb altres ONG com Esmée Foundation i The Henry Smith Charity.
- Principis d'actuació: Treball en equip. Escolta activa, garantint confidencialitat, respecte i empatia amb la víctima. Reacció buscant solucions segons cada situació individual i canalitzant l'atenció dins de l'equip o cap a altres serveis externs, fins i tot a líders d'opinió.
- Resultats a destacar: Té el reconeixement de la marca de qualitat «[Helplines Standard](#)». Entre 2022 i 2023, la Helpline ha rebut més de 120.000 trucades (45 % de professionals) dedicant gairebé 1.300 hores i han atès 2.540 víctimes (536 amb experiència o amenaça

de matrimoni forçós, 210 d'elles nenes). Entre 2021 i 2022 han format 6.712 professionals en 108 sessions virtuals.

#### 10.2.1.2. Alemanya

A Alemanya, els CNH es presenten en termes agreujants i es consideren assassinats, i són d'especial preocupació en la normativa relativa als drets de les nenes i adolescents. Alguns «Länder» (estats federals) són més actius que d'altres en termes de polítiques de sensibilització, prevenció i atenció a les víctimes (Fundació SORGIR 2012).

Des de l'Associació Alemanya de Dones Advocades s'informa en mitjans públics<sup>179</sup> que en la jurisprudència els CNH es classifiquen en un context social diferent dels feminicidis causats per la violència domèstica i es castiguen amb una altra severitat, perquè es contempen com un problema particularment vinculat amb minories ètniques o religioses.

Aquesta consideració ha obert un acalorat debat que s'ha estès als tribunals, parlaments, mitjans de comunicació, i a l'esfera pública alemanya en general, perquè hi ha qui advoca perquè les famílies on succeeixen aquests crims abandonin el país, la qual cosa s'encaixa en el debat de les polítiques migratòries i s'ha diagnosticat com una fallada del multiculturalisme al país (Ercan, 2015)<sup>180</sup>.

La informació accessible sobre xifres sobre la incidència dels crims d'honor a Alemanya és molt dispar. Un estudi de l'Institut Max Planck<sup>181</sup> de 2011 estimava que el nombre d'assassinats per honor a Alemanya era d'uns 12 a l'any. Si bé, igualment, les ONG especialitzades consideren que està enormement subestimat.

També hi ha organitzacions de base que desenvolupen els serveis d'atenció a les víctimes. La preocupació sobre els CNH es va intensificar a partir que el 2005, Hatun Sürücü, una noia turc-kurda de 23 anys fos assassinada a mans del seu germà a Berlín, perquè volia independitzar-se i allunyar-se de les regles familiars rebutjant un matrimoni forçós.

Algunes de les organitzacions amb major trajectòria són:

- Terre des Femmes (TDF): És l'organització de drets de la dona més gran d'Alemanya amb més de 2000 membres.

---

<sup>179</sup> Com Deutsche Welle (DW), l'emissora internacional de notícies a Alemanya (accés).

<sup>180</sup> Ercan, Selen (2015). Creating and Sustaining Evidence for «Faliles Multiculturalism». The case of «Honor Killing» in Germany. *Journal of American Behavioural Scientist*, 59, (6): 658-678. 15/04/2015 (accés)

<sup>181</sup> Kassel, J. (2011). Honour Killings in Germany. Executive Summary. Max Plank Institute (accés)

- Papatya: ONG intercultural que assessora i protegeix nenes i dones víctimes de crims d'honor. Han participat com a informants en l'estudi.

El detall sobre aquestes experiències s'amplia a continuació.

#### Experiència 4: TERRE DES FEMMES

- ONG: ([accés](#))
- Tipus de Servei proporcionat: ja no funciona com a centre d'assessorament sinó com una organització de conscienciació en drets de dones i nenes en VCM amb un apartat específic sobre VHB. Proporciona:
  - Projectes de sensibilització i informació sobre discriminació, explotació, abús, persecució de dones i nenes. Entre ells, destaquen: el projecte de teatre escolar: «El meu cor em pertany - contra el matrimoni forçós i els matrimonis precoços» i el projecte «Setmana Blanca» a les escoles de Berlín, per treballar la prevenció amb joves i oferir ajuda específica.
  - Sensibilització, sobretot a mitjans de comunicació.
  - Investigació i difusió d'estadístiques de dones i nenes víctimes afectades a Alemanya.
  - Incidència política per a la millora de la legislació i polítiques públiques.
  - Treball en xarxa amb altres organitzacions i suport a projectes d'autoajuda a les víctimes.
  - Funcionament del recurs: ONG germànica sense ànim de lucre, amb seu central a Berlín d'implantació internacional. Des de la seva fundació el 1981 compta amb més de 40 anys d'experiència en sensibilització, campanyes, premsa i relacions públiques, creació de xarxes i lobby a nivell nacional, regional i internacional. Fins al 2019, tenia el seu propi centre d'assessorament, on s'atenia unes 200-300 dones i nenes l'any.
  - S'organitza en grups de treball d'incidència. Es finança a base de donacions de particulars, així com d'ajudes de la UE i altres iniciatives de patrocini estatals.
  - Principis d'actuació: defensa de totes les violacions dels drets humans de les dones. Treball en xarxa i coordinació a nivell local i estatal. Advoca per: la igualtat de drets davant la llei, autodeterminació en la sexualitat i decisions de la vida, i llibertat de restriccions de rol i de totes les formes de violència.
  - Resultats a destacar: Associa a més de 2000 membres. Destaca la seva participació en l'elaboració d'informes: «Matrimonis forçosos a Alemanya» (2011), va evidenciar el



2008 fins a 3.443 víctimes de matrimoni forçós; i «Homicidis d'honor a Alemanya 1996-2005» (2011) que va examinar 78 casos. Va establir que a Alemanya hi ha 12 casos l'any registrats pel poder judicial. El 2022, la seva enquesta escolar va identificar 1.847 casos de VBH.

#### Experiència 5: PAPTAYA

- ONG: ([accés](#))
- Tipus de servei proporcionat: centre de crisi d'atenció presencial i en línia d'atenció integral per professionals expertes.
- Presta un servei d'atenció en situació de crisi assistint a nenes i dones (refugiades o migrants en la seva majoria) en un lloc segur (direcció secreta dins o fora de Berlín) que estan en risc o necessiten fugir de les seves famílies per: violència familiar, amenaça o realitat de matrimoni forçós, controls familiars estrictes (opressió), violència sexual i altres assumptes similars.
- Fan costat a nenes i dones joves en la planificació de la seva pròpia vida i en el tracte amb les seves famílies.
- Ofereixen una finestreta d'assessorament (SIBEL) telemàtic/presencial gratuït, en diversos idiomes (alemany, anglès, kurd, àrab, farsi i turc) amb garanties d'anonimat i confidencialitat.
- Assessoren professionals i particulars que vulguin ajudar a les víctimes afectades.
- També paren esment als casos de nenes i dones retingudes a l'estranger perquè puguin tornar a Alemanya.
- Funcionament del recurs: ONG fundada en 2004. El seu finançament fonamental prové de l'Estat federat de Berlín. El centre de crisi Papatya és finançat pel Departament d'Educació, Joventut i Família (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie). El servei d'assessorament en línia SIBEL és finançat al seu torn pel Departament de Sanitat, Assistència i Igualtat (Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), juntament amb l'Oficina Estatal d'Assumptes Socials de Brandenburg (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg).
- Principio d'actuació: feminisme, interculturalitat. Les joves són acompanyats les 24 hores del dia després de la seva acceptació / entrada al centre. Treballen en estreta col·laboració amb l'Oficina de la Joventut (Jugendamt), Jobcenter i altres institucions

públiques. Treball en xarxa amb tota mena d'organitzacions socials i feministes per a la coordinació i per a la incidència política local i estatal.

- Resultats a destacar: Des de la seva creació han ajudat més de 2000 nenes i dones joves. Entre 2002 i 2019, ha aconseguit diversos reconeixements i premis: Berlin Prevention Prize State Commission Against Violence; German Federal Service Cross (Bundesverdeninstkreuz) i Lothar-Kreyssig-Peace-Prize Foundation of the Protestant Church Group Magdeburg.

### 10.2.2. El cas particular de Suècia

Suècia és un dels Estats membres de la UE que més anys preocupa per aquest tipus de VCM, des dels assassinats per honor de Sara Abed Ali el 1996, fins al de Pela Atroshi el 1999 o el de Fadime Sahindal el 2002.

Segons l'Agència Sueca per a la Joventut i la Societat Civil ja ell 2009, al voltant de 70.000 dones i homes residents al país van denunciar que rebien pressions familiars i corrien el risc de ser forçosos a casar-se contra la seva voluntat. Deu anys després, l'autoritat policial sueca va iniciar un seguiment específic dels delictes relacionats amb l'honor i, al novembre de 2021, havien estat registrats 4.500 presumptes delictes.

Encara que ja existia des de 2005 un **Equip Nacional amb Competència** en l'atenció als crims d'honor, va ser el 2018 a través d'**una Carta reglamentària estatal**, i com a part de les seves polítiques d'igualtat de gènere, quan el Govern de Suècia va encomanar les administracions provincials reforçar la labor preventiva en matèria de violència dels homes contra les dones, el disseny de plans d'acció regionals i la promoció de la cooperació entre els actors rellevants.

D'aquesta manera, **es va impulsar el desenvolupament dels centres de recursos** per a persones que han estat víctimes de violència per part de familiars, amb una atenció especial a la violència relacionada amb l'honor i l'opressió i on poden acudir per rebre suport, assessorament i orientació.

Des de l'1 d'octubre de 2022, es va establir el **Centre Nacional contra la Violència i l'Opressió relacionada amb l'Honor** en substitució de l'Equip Nacional. El **desenvolupament legislatiu** al país ha caminat en paral·lel i s'identifiquen principalment dues fites recents:

- Des de l'1 de juliol de 2020: va entrar en vigor una normativa sobre delictes de matrimoni infantil i prohibicions de viatge a població vulnerable de ser maltractada en l'exterior i per motius d'honor, com a base per incrementar les penes.

- Des de l'1 de juny de 2022: l'opressió o el crim basats en l'honor en totes les seves manifestacions es reconeixen com a delictes. Les persones culpables poden ser condemnades a entre 1 a 6 anys de presó. A part d'això, un estranger condemnat per un delictes d'honor també corre el risc de ser deportat de Suècia, depenent dels vincles que tingui amb la societat sueca.
- Les accions criminals que poden constituir opressió per honor fan referència a la disposició de penes continguda al Capítol 4 del Codi Penal suec (entre els delictes contra la llibertat i la pau), podent incloure agressió, amenaces il·legals, assetjament sexual i danys criminals, així com l'incompliment de les ordres de restricció.
- Algú que hagi sotmès a una persona a una agressió, amenaces o maltractaments, pot ser condemnat a penes més severes (que les que regeixen al Codi Penal) si existeix una motivació d'honor darrere del delictes.
- En els casos de delictes més greus com ara assassinat, violació o MGF no es pretén que vagin per la via dels delictes d'honor, sinó que es tractaran per separat com a delictes greus contra la integritat de les dones.
- Perquè els tribunals augmentin la pena d'un delictes, n'hi ha prou que un dels motius del mateix sigui l'honor. Per tant, la preservació o restauració de l'honor no té per què haver estat l'únic o principal mòbil de la infracció.
- Una diferència entre la circumstància agreujant i el nou delictes d'opressió basada en l'honor és que la regulació del nou delictes permet que la policia i els fiscals investiguin de manera més eficaç aquells delictes on l'honor ha estat un motiu. El fet d'especificar-ho garanteix que la qüestió de si va haver-hi un motiu d'honor darrere del delictes es consideri al llarg de la recerca i, en conseqüència, es documenti.

#### Experiència 6: Centre Nacional contra la Violència i l'Opressió relacionada amb l'Honor

- Entitat: Centre Nacional contra la Violència i l'Opressió relacionada amb l'Honor (NCH, per els seves sigles en anglès; Hedersförtryck, en suec) és l'estructura pública d'atenció fonamental al país. La seva activitat es ramifica en les divisions provincials o Juntes Administratives de Comtat. (accés)
- Tipus de servei proporcionat: té diferents línies de treball, unes dirigides a les administracions i altres a la ciutadania, com ara:

- Coordinació d'agències i serveis públics (com ara: Serveis socials, Serveis educatius, Policia i fiscalitat i Cures de salut), a fi de detectar signes de vulnerabilitat en potencials víctimes, possibles riscos i senyals d'alerta davant delictes basats en l'honor des d'aquests àmbits i donar compliment a la nova normativa.
- Suport a municipis i regions per donar seguiment i avaluar les seves actuacions en la matèria.
- Helpline o Línia d'ajuda a professionals de l'atenció ciutadana i voluntariat a través de recepció de trucades telefòniques de tot el país.
- Orientació addicional davant dificultats d'aquests professionals per a prestació de suport i protecció a persones vulnerables.
- Material informatiu i campanyes sobre protecció jurídica a víctimes en diferents idiomes.
- Generació d'estadístiques trimestrals sobre l'ús de la línia d'ajuda.
- Recopilació i difusió del coneixement sobre els crims d'honor a través de la recerca i experiència contrastada (ex. Guies i Informes).
- Criteris o principi d'actuació: la seva missió és secundar i contribuir a un treball estratègic, preventiu i basat en el coneixement contra la violència i l'opressió relacionades amb l'honor tant a nivell nacional, com regional o local.  
Part de les actuacions de recerca i seguiment es realitzen en xarxa amb altres autoritats públiques (Agència de Víctimes del Delicte, la Junta Nacional de Salut i Benestar, l'Agència de Policia i la Fiscalia) i Universitats, i a més llarg termini amb ONG locals.
- Funcionament: Creat el 2005, la coordinació interregional va ser un encàrrec del Govern suec el 2020 i descansa sobretot en el servei d'atenció de trucades (que ja existia des de 2014). Durant 2021 i 2022, el Centre ha coordinat una missió conjunta d'autoritats d'informació i orientació en la matèria. Des de llavors aquesta missió ha passat a ser permanent.  
El finançament s'organitza a partir de l'assignació de fons excedents de les juntes administratives de cada comtat i es complementa amb finançament addicional del Govern suec (la Carta de regulació augmenta, per al 2023, de 10 a 15 milions de corones sueques de pressupost estatal).
- Resultats: Des de 2022 s'ha aconseguit que 21 comtats reportin dades específiques. La missió institucional conjunta coordinada pel Centre nacional ha generat:

- Informació dirigida a gairebé 600.000 persones potencials víctimes i gairebé 750.000 professionals. La majoria de les anomenades a la línia d'ajuda provenen de professionals de serveis socials. Li segueixen les trucades del personal de l'àmbit educatiu (escoles i instituts).
- Augment molt significatiu de les visites al lloc web [www.hedersfortryck.se](http://www.hedersfortryck.se) i a les XSo on es difon la informació inclosa una Guia d'orientacions per a professionals.
- El 2019, es va realitzar una enquesta pionera sobre matrimonis forçosos i segrestos en un context de CNH. Es van trobar casos de persones segrestades en 43 dels 192 municipis als quals se'ls va dirigir el qüestionari. Es van identificar 199 persones afectades (el 86 % menors d'edat).
- L'any 2022 es va publicar la recerca de l'Equip Nacional «Per fer visible l'invisible. Una anàlisi socioeconòmica de la violència i l'opressió relacionades amb l'honor». En ell, es proposen procediments d'atenció integral, detecció i actuació.
- L'any 2023, va publicar l'«Informe final de la missió de tot l'organisme sobre informació i orientació en la labor contra els delictes relacionats amb l'honor» que es divideix en dues parts. D'una banda, la nova legislació i la protecció jurídica contra la violència i l'opressió relacionades amb l'honor. I, d'altra banda, una guia destinada al personal dels serveis socials, l'atenció de la salut, el sistema escolar i la policia per prevenir i actuar davant la VBH.

A continuació, s'aprofundeix en algunes de les **característiques d'aquest recurs nacional** en l'atenció a la CBH.

El NCH està situat geogràficament al comtat d'Östergötland, i des d'allà un grup **operatiu directiu a nivell de gerència nacional** coordina l'activitat desenvolupada en xarxa per la resta de centres de recursos provincials, si bé aquests s'han anat incorporant progressivament. Els primers comtats que van iniciar les seves operacions amb suport financer del Govern suec es van denominar «comtats pilot», seguits «dels comtats nous» i els que s'acaben d'incorporar al juny de 2023 es denominen «Comtats del grup 3».

A partir de 2014, es va habilitar una línia telefònica d'ajuda a través de trucades ateses des del NCH per un equip pluridisciplinari amb experiència i coneixements d'avantguarda sobre la VBH, l'atenció de la qual pot derivar en diferents perfils professionals d'atenció més especialitzada (com ara agents de policia, sociòlegs/gues i investigadors/es).

S'atenen anomenades de persones en risc de violació dels seus drets humans, principalment nenes i dones joves exposades a molts tipus diferents de violència,

xantatges, violacions, restriccions i control, víctimes de diversos perpetradors (generalment pares, germans o altres parents) en un entorn familiar que dona suport a aquestes conductes o les permeten argumentant valors col·lectius sobre conceptes com l'honor, la deshonra o la vergonya, i a partir dels quals controlen els comportaments, els cossos i la sexualitat de les dones de la seva comunitat.

Igualment, el NCH presta **suport metodològic** i atén sobretot les múltiples consultes de professionals dels serveis socials o de l'àmbit educatiu.

En aquests casos, se'ls orienta sobre la manera d'avaluar les amenaces o riscos, la manera d'intervenir i la cura i recol·locació de les víctimes en cas necessari.

Part de la seva activitat, se centra en la generació de **dades i producció de coneixement**.

El NCH genera estadístiques trimestrals<sup>182</sup> i emet Informes Anuals d'activitat, recopilant a més el que fan la resta de recursos habilitats als comtats, en haver-los facilitat una metodologia comuna de registre i seguiment. Com a centre especialitzat es descriu amb algun detall més al final d'aquest apartat.

Juntament amb el Centre Nacional i l'estructura de centres de recursos dependents, hi ha **altres autoritats públiques** l'activitat de les quals també contribueix a la prevenció o resposta a la VBH. Entre 2021 i 2022, totes elles van conformar un partenariat institucional en la denominada **Missió conjunta d'informació i orientació en el treball contra els delictes relacionats amb l'honor**<sup>183</sup>. Aquestes són:

- L'Agència de Víctimes del Delicte ([Brottsoffermyndigheten](#)). Dependent del Ministeri de Justícia atén quatre àrees de treball: la compensació pels danys penals (decideix i paga indemnitzacions contribuint a la reparació del mal); la reclamació als perpetradors perquè aquests es responsabilitzin del mal causat; l'habilitació d'un Fons de finançament de projectes de millora del coneixement del problema, del tractament de les víctimes i de suport a testimonis (el Fons es nodreix d'aportacions diverses, però sobretot d'una quota especial que paguen els perpetradors); i el Centre d'informació-difusió dels resultats de les recerques i esdeveniments per a la transferència del coneixement en la matèria, amb assignacions governamentals especials.

---

<sup>182</sup> Les estadístiques més recents responen al trimestre de març-juny de 2023, fent referència a indicadors com: tipus de trucades, mitjana de persones vulnerables per cas, els casos atesos per mes, distribució per gènere, tipus de violència al qual s'han exposat, perfil del maltractador, perfil de la persona que executa la trucada i els casos per comtat (accés).

<sup>183</sup> Junta Administrativa del Comtat d'Östergötland (2023). Informe final de la missió conjunta de l'autoritat sobre informació i orientació en el treball contra els delictes relacionats amb l'honor (accés)

- La Junta Nacional de Salud i Benestar. Disposa d'un Comitè de Benestar Social que, per al cas concepte de CNH, pot sol·licitar la prohibició de viatjar a l'estranger de nenes per evitar que siguin sotmeses pels seus parents a MGF o matrimonis forçosos, sol·licituds que es presenten davant un tribunal administratiu, i que fins i tot en determinats casos urgents poden cursar a través d'una ordre de restricció temporal.
- L'Agència de Policia i la Fiscalia, la missió del qual és protegir la ciutadania i fer complir en aquest sentit el que determina la legislació en la matèria.
- L'Agència Nacional Sueca per a l'Educació en qualitat d'entitat de cooperació.
- La Unitat d'afers jurídics consulars i civils del Ministeri de Relaciones Exteriors, que té una funció consultiva.

## 11. Conclusions

Aquesta recerca s'ha desenvolupat sota un **enfocament exploratori a través de la triangulació metodològica**. A més de realitzar una anàlisi de fonts secundàries, s'han emprat 5 enquestes que han arribat fins a 288 entitats locals (EL) i 108 organitzacions especialitzades en VCM o d'atenció a col·lectius vulnerables de tot Espanya, i algunes d'Europa. També s'han realitzat entrevistes en les quals han participat **25 informants experts** i s'han descrit **13 pràctiques d'interès** per a l'àmbit local.

El resultat del treball mostra una aclaparadora realitat sobre la qual és necessari millorar el coneixement i la producció de dades, així com l'atenció integral a aquestes les víctimes d'altres formes de violència contra les dones.

La violència contra les dones (VCM) és un problema social, polític, econòmic i de salut pública (ONU, 2006). No obstant això, no totes les formes en què es manifesta aquesta violència són igualment visibles per a la societat, ni per a les pròpies dones que les sofreixen, donat el seu extens grau de normalització en les seves vides. S'ha constatat:

- Aquest informe suggereix prestar especial atenció a las sis manifestacions següents de VR: 1. falta d'atenció a la salut sexual i reproductiva; 2. obstacles o prohibició a l'anticoncepció i interrupció voluntària de l'embaràs; 3. violència ginecològica i obstètrica entorn del part; 4. pràctiques nocives (matrimoni infantil, matrimoni forçós; mutilació genital femenina; inspecció de la virginitat); 5. gestació per substitució o gestació subrogada; i 6. anticoncepció, avortament i/o esterilització forçosos per al control menstrual i/o l'impediment de l'exercici lliure de la maternitat. La recerca s'ha centrat només en les dues últimes tipologies i ha explorat algunes pràctiques nocives per la seva relació amb CNH. Totes elles, però, troben el seu marc de comprensió en la noció de DSR i violència per raons de gènere.
- L'avortament forçós, l'esterilització forçosa, l'anticoncepció forçosa (AEAF), juntament amb la gestació per substitució o subrogada (GS) són formes de violència contra les dones que atempten contra la seva capacitat i dret a la reproducció. Aquesta violència reproductiva (VR) és una de les menys conegudes per a la societat.
- La salut sexual i reproductiva (SSR) de les dones, i els seus drets (DSR) sobre aquest tema, estan encara molt poc presents en les agendes públiques, fins i tot en les agendes



sanitàries i en les d'igualtat entre dones i homes. No obstant això, la seva atenció és clau tant per garantir el benestar de la meitat de la població, com per detectar moltes de les violències a les quals encara són sotmeses les dones i les nenes.

- La VR és especificada per ella mateixa, i és exercida per diferents agents de diverses formes: per parelles, per famílies, per institucions i per professionals i també per xarxes criminals i altres actors comercials.
- La violència basada en «l'honor» (VBH) o els denominats crims en nom «de l'honor» estan relacionats amb altres violències com la VS i la VR, però la seva pròpia especificitat fa que les víctimes enfrontin un context d'opressió permanent que es veu acompanyat de pràctiques nocives i de violències de diversa gravetat, fins a la seva expressió més extrema: el femicidi.

D'altra banda, la recerca ha mostrat que la dimensió reproductiva suposa una **expressió de dany d'altres tipologies** de VCM.

- La VR apareix de manera concomitant en les violències sexuals, la violència en les relacions de parella/exparella i els CNH, entre d'altres. Estan profundament relacionades. Per això, la detecció d'un tipus de violència hauria d'implicar la consideració com a hipòtesi de la presència també de formes de VR y VBH.

Tal com van assenyalar les Nacions Unides fa gairebé dues dècades, «La violència masculina contra la dona és generada per les actituds socioculturals i les cultures de violència en totes les parts del món, i especialment per les normes relatives al control de la reproducció i de la sexualitat de la dona» (ONU, 2006:27; paràgraf 57).

- L'AEAF comprèn pràctiques que transcendeixen la vulneració del dret a la maternitat i tenen a veure amb el sotmetiment de les dones.
- Dins de l'avortament forçós, s'ha explorat la seva relació amb l'avortament selectiu com a pràctica de selecció del sexe a Espanya. Les dades disponibles apunten a un fenomen de discriminació que té lloc al nostre país i sobre el qual cal parar esment. Sobretot a Ceuta i les províncies de Conca, Badajoz, València, Burgos, Cadis, Segòvia, Màlaga, Astúries, Osca i Biscaia, que estan per sobre dels 109 nens per cada 100 nenes nascudes; la qual cosa resulta un indicador d'asimetria poblacional.

**Totes les dones poden ser víctimes de la VR, però hi ha grups específics** que enfronten situacions que les fan ser molt més vulnerables. En general, els col·lectius de dones sobre els quals s'apliquen creences discriminatòries, eugenèsiques i capacitistes, estan en risc d'AEAF.

- Les dones amb discapacitat, sobretot DDID, pluridiscapacitat i paràlisi cerebral, són les més afectades.
- Les dones gitanes i procedents de minories ètniques, així com les dones migrants en trànsits no segurs, o en risc d'exclusió social, dones objecte de protecció internacional i procedents d'algunes diàspores.
- Juntament amb elles, es troben les dones en reclusió o cert aïllament (presó, centres d'internament per a persones estrangeres, clíniques o hospitals); dones amb malaltia mental, malalties de VIH i altres patologies; i persones transgènere que poden sofrir l'esterilització prèvia a la reassignació.
- Per descomptat, víctimes de la violència de gènere (VG), la violència sexual (VS) i l'explotació sexual i laboral, que enfronten en l'àmbit reproductiu les conseqüències d'aquestes violències. En molts casos, com és el cas de les dones amb discapacitat, l'esterilització encobreix els abusos sexuals als quals són sotmeses.

**Les necessitats de les víctimes** de la VR són comunes a les de totes les VVCM i la vulneració dels seus drets fa que les necessitats de reparació requereixin dels mateixos serveis d'atenció; no obstant això, els serveis de salut sexual i reproductiva (ginecologia, matroneria, obstetrícia, sexologia) tenen un pes central en la recuperació integral de les dones.

**Les dones que ja han de fer front a VBH** presenten les mateixes necessitats, a més de confidencialitat, enteniment cultural i protecció. La noció de seguretat transcendeix les formes disponibles en l'actualitat. Per reparar els danys i garantir els drets de les víctimes de CNH és necessari millorar els indicadors de detecció, estudi, disseny i implementació d'estratègies de protecció, incorporació de la dimensió internacional a l'acció sobre les víctimes i combatre de manera transversal el racisme i la xenofòbia. Així mateix, la vinculació de les polítiques de lluita de VCM ha de reforçar la seva coordinació amb les polítiques de protecció internacional i inclusió social de població migrant.

El perfil de les principals dones afectades per la VR i la VNH implica ineludiblement **garantir l'accessibilitat universal i cultural** de les dones a tots els recursos i treballar des d'un enfocament de **gènere interseccional**.

- És molt important en aquest sentit deshomogeneïtzar el col·lectiu de dones amb discapacitat i atendre de manera concreta les diferents discapacitats, que demanden qüestions que difereixen entre si.
- Respecte de les dones migrants i descendents d'aquestes, succeeix el mateix. Cal assenyalar que els processos d'acolliment o suport que necessiten són diferents segons com és la seva entrada al país i, sobretot, segons el tipus de violència que sofreixen. Per exemple, les víctimes de pràctiques nocives o avortaments forçosos deguts a la selecció prenatal del sexe, no compten habitualment amb suport familiar (situació que també poden enfrontar les víctimes de GS); aquelles que arriben a Espanya per reagrupació familiar temen denunciar les seves parelles per si són expulsades de tornada al seu país (desconeixen el dret que les protegeix); el mateix succeeix amb les VBH que han de fer front a perpetradors múltiples entre els membres de la seva família.
- En general, són grups de dones que es caracteritzen per: haver de fer front a l'absència de xarxes de suport emocional i de recursos; desconèixer els drets fonamentals de les dones a Espanya; haver experimentat violència i desprotecció per part del personal funcionari i forces i cossos de seguretat dels seus països d'origen o als països de trànsit o tots dos. Això és extensible a les experiències de les dones gitanes/romanís.

**El marc institucional de lluita contra les VBH necessita d'un major desenvolupament i especificitat a Espanya, ja que actualment és insuficient. Quant al marc de la VR és aquell que defensa els DSR com a part dels drets fonamentals (a la salut, a la informació, a la llibertat, a la seguretat, a la igualtat i a la no discriminació, entre d'altres) i la vida lliure de violència per a totes les dones.**

- Els DSR estan recollits explícitament en la Declaració sobre l'eliminació de la violència contra la dona (1993) i a ells al·ludeixen nombroses recomanacions i observacions d'altres instruments internacionals de drets humans, entre ells: la Recomanació general número 35 sobre la violència per raó de gènere contra la dona de la CEDAW, així com el marc de drets de les persones amb discapacitat i en concepte de les dones amb discapacitat (CDPD) i de drets de la infància.
- En el context europeu, l'article 39 del Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (2011), conegut com a Conveni d'Istanbul, fa referència a avortament i esterilització forçosos.

- L'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa ha condemnat la selecció prenatal del sexe com un fenomen que reforça la VCM; i el Parlament Europeu considera que es tracta de genocidi i és una violació dels drets fonamentals.
- Així mateix, diferents resolucions del Parlament europeu han mostrat la seva preocupació per la situació de la SSR i els DSR de les dones i de les dones amb discapacitat, al·ludint explícitament a l'erradicació d'aquestes violències<sup>184</sup>.
- La Proposta de Directiva Europea sobre la lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica, que s'espera sigui d'aprovació imminent, al·ludeix igualment a l'erradicació de l'avortament i l'esterilització forçosos. També incideix en la millora de l'acció sobre la VBH o CNH.
- La revisió normativa en relació amb la GS es caracteritza particularment per una absència de consens internacional. En aquest sentit, s'acusa la manca de reconeixement normatiu internacional d'aquesta pràctica com una forma de VR.

Tot això ha estat recollit al **nostre marc nacional**, principalment a través de la Ratificació del Conveni d'Istanbul l'any 2014.

- El desenvolupament de normatives més recents ha fet que es presti major atenció a les VR. D'aquesta manera, comptem amb la LOSSRIVE (art.2 i art.31) i la Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva, i de la interrupció voluntària de l'embaràs. Es defineix la violència en l'àmbit reproductiu, l'AEAF, i es proporciona als poders públics suficients referències per treballar la garantia dels DSR de les dones a qualsevol nivell administratiu.
- El Codi Penal (1995) recull els delictes relatius a la majoria de les expressions de la VBH, però no recull amb facilitat algunes expressions. Convindria veure les possibilitats d'adaptació del model britànic i el model suec al context espanyol.
- El CP recull específicament l'avortament no consentit i l'esterilització forçosa. Aquesta va ser legal contra les dones amb discapacitat (o incapacitades legalment) fins a l'arribada de la Llei orgànica 2/2020, de 16 de desembre, de modificació del Codi Penal

---

<sup>184</sup> Tal com assenyalava el Catàleg en el punt relatiu a «Informació, sensibilització i presa de consciència».

per a l'erradicació de l'esterilització forçosa o no consentida de persones amb discapacitat incapacitades judicialment.

- Encara que la Llei 12/2009, de 30 d'octubre, reguladora del Dret d'Asil i la Protecció Subsidiària abasta la protecció a les dones per raons de gènere, no s'especifiquen ni la VR ni els CNH; tampoc ho fa el Reglament que regeix el Sistema d'Acolliment de Protecció Internacional i Temporal (però sí que s'al·ludeix a la VCM).
- L'EEVM 2022-2025 és la referència normativa que reconeix manifestacions de violència de manera més àmplia, però no apareixen de manera específica en les mesures que la desenvolupen. El mateix succeeix en termes de PECVG.

El nostre marc institucional **és poc explícit** (per a la VR i VBH) en relació amb les estratègies i plans que ordenen les polítiques públiques, les referències de les quals són importants, encara que massa genèriques.

- Hi ha referències a l'AEAF a: PEIEMH (Eixos 3 i 4); PECVG (Eix 2 Millora de la resposta institucional); EEVM (2022-2025) (Diagnòstic i Eix 2 Sensibilització, prevenció i detecció i Eix 3 Protecció, seguretat, atenció i reparació). Quant a ENSRR (2011) s'al·ludeix a embarassos i avortaments forçosos en relació amb la violència sexual.
- Les referències sobre GS són molt puntuals i es troben en: la Llei 35/1988 i posterior Llei 14/2006; en l'article 221 del CP; en el Pla Estratègic Nacional contra el Tràfic i l'Explotació d'Éssers humans (2021-2023); en l'EEVM 2022-2025; i en la Llei 1/2023 que modifica la Llei orgànica 2/2010. No obstant això, existeixen altres referències que entren en conflicte amb el reconeixement sobre GS que realitza la citada normativa, com la Instrucció de 5 d'octubre de 2010, que permet la filiació dels bebès nascuts per GS fora de les nostres fronteres.
- El marc autonòmic és molt desigual, tal com assenyalava l'informe de GREVIO (2020). Poc explícit en les seves referències normatives i amb diferències considerables en els serveis i recursos disponibles d'un territori a un altre.

**El mapatge en l'atenció a les VR** ha demostrat l'interès de les EL per intervenir en tota mena de VCM, però també el seu desconeixement sobre aquest tema.

- No arriben al 25 % les entitats locals que consideren que apliquen completament l'enfocament de gènere interseccional en el seu treball sobre VCM, la qual cosa dificulta la identificació de les víctimes, sobretot les formes menys conegudes.

- El 29 % de les EL desconeix en què consisteix l'AEAF. Només el 18,5 % han tingut un contacte directe amb aquesta VR al llarg del seu treball.
- Tret d'excepcions, es manca de recursos especialitzats per a la VR, tant en l'àmbit local com en l'àmbit supralocal. L'atenció es realitza fonamentalment a través dels serveis especialitzats en violència de gènere o, en defecte d'això, aquells relacionats amb la SSR (en general).
- Les experiències analitzades, se centren en la promoció dels DSR i la seva relació amb la VS i la VG. Són les entitats de suport i defensa a les dones amb discapacitat, les organitzacions que tenen més experiència i recursos en l'atenció a l'AEAF.
- L'èxit d'aquestes pràctiques resideix en la formació, coordinació, la garantia de l'accessibilitat universal, a més de l'adaptabilitat a les situacions individuals de cada usuària i a cada tipus de discapacitat.
- Les organitzacions i les entitats locals tenen molt poques experiències de treball orientades als CNH, a excepció dels matrimonis forçosos i la MGF (que no formen part d'aquest estudi). En general, les organitzacions de defensa de les dones migrants i les especialitzades en el dret a la protecció internacional, són les que més experiència tenen en l'actuació amb les víctimes.

Qualsevol [intervenció en matèria de VR o CNH](#) ha de partir de la seva alineació amb els principis i actuacions establertes en el Conveni d'Istanbul.

- La resposta davant les VR i els CNH correspon a totes les esferes de la responsabilitat institucional (la prevenció, protecció, assistència, reparació a les víctimes i promoció de la justícia) que es fonamenta en la garantia i el reconeixement efectiu dels drets de totes les víctimes. És a dir, respon a la noció de diligència deguda.
- Per a l'atenció a les víctimes, els recursos econòmics són imprescindibles, entre altres qüestions per a l'estabilitat del personal d'atenció i sostenir la incorporació de nous perfils professionals, que no són presents actualment en l'atenció a la VCM i que sí són necessaris.
- Les estratègies de salut sexual i reproductiva, juntament amb els plans estratègics en matèria de lluita contra la VCM, i els plans d'atenció a la protecció internacional i la inclusió social de població vulnerables, haurien de considerar sistemàticament i de manera transversal la detecció de la VR i els CNH.

Malgrat que la violència contra les dones és un problema complex que precisa d'un abordatge clarament multidisciplinari, cal ressaltar **la funció estratègica a l'atenció des de la salut** (Ruffa i Chejter, 2010).

- L'atenció sanitària no només facilita la disponibilitat de tractaments preventius per reduir riscos específics associats a les violències, sinó que compleix una funció legitimadora i facilitadora, ja que a la conducta del sistema de salut és pública, gratuïta i té reconeixement social. D'altra banda, són clau la posada a la disposició de les dones de professionals sanitaris en un clima de privacitat on les víctimes pot desenvolupar-se en confiança per denunciar les situacions que enfronten, i la disponibilitat d'un sistema de recursos estesos en el territori i cada vegada més sensibilitzats, i amb protocols d'alerta i per a la reacció coordinada amb altres serveis (Ruffa i Chejter, 2010). Perquè això sigui així és imprescindible treballar amb perspectiva de gènere interseccional i sota els principis d'accessibilitat universal i cultural.
- En aquest context, els espais clau per a la detecció de la VR són: els sanitaris, tant els serveis d'atenció primària (infermeria, medicina, matrona, unitat de treball social) com els especialitzats en salut mental, ginecologia i obstetrícia. Així mateix, els recursos en matèria d'igualtat, aquells centrats en l'atenció psicosocial integral són els que afavoriran la recuperació de la víctima.
- Els espais clau per a la detecció de la VBH són, juntament amb els sanitaris, els educatius, atès que afecten de manera rellevant a població adolescent i jove; així com aquells que promouen l'acolliment i inclusió social de població vulnerable o població estrangera.
- El capacitisme, l'antigitanisme, el racisme i la xenofòbia són barreres que dificulten i impedeixen l'accés i l'ús dels recursos a les víctimes de VR i VBH. És necessari treballar des de la consideració de l'enfocament de gènere interseccional com una condició irrenunciable per garantir els drets de les víctimes.

És necessari **millorar el coneixement** sobre les formes de violència menys conegudes, sobretot donant protagonisme a les dones supervivents d'aquestes.

- És necessari, a més, millorar el registre de víctimes i de delictes, així com el mesurament de la prevalença de manera diversa i a través de múltiples instruments harmonitzats perquè la violència reproductiva i la violència que es produeix en els denominats crims en nom «de l'honor» es caracteritzen per la seva pluridimensionalitat.

- Existeixen diferents estratègies per a això, des de la millora del registre i les enquestes institucionals, fins a la utilització del Big data. En aquest sentit, es realitzen propostes específiques.

Tenint en compte les conclusions aconseguides en el Diagnòstic, el present informe desenvolupa una tercera part de **recomanacions i propostes**.

- Es divideixen en tres tipus: d'una banda, aquelles que tenen a veure amb la producció de coneixement, que són imprescindibles per a la prevenció i la millora de les intervencions; d'altra banda, les relatives a l'atenció integral a les víctimes en aquesta matèria; i, finalment, aquelles que al·ludeixen específicament al funcionament d'ATENPRO i el seu futur desenvolupament integral, com un instrument que resulta fonamental en la coordinació i prestació de serveis per a les dones en molts municipis d'Espanya, sobretot els més petits i els més rurals. Formen part dels capítols següents.
- Les recomanacions per a la intervenció i les propostes per a un model local d'acció parteixen de les necessitats detectades en el diagnòstic, els reptes de coordinació assenyalats al llarg de les pràctiques estudiades i de les pròpies experiències analitzades. Tant la manca de dades com la manca d'un marc institucional més específic i consolidat dificulten la protocol·lització, per la qual cosa els suggeriments d'aquest treball han de prendre's com un model obert al debat, a l'experimentació i a la modificació.

**Les EL són les administracions públiques pioneres** en l'atenció a la igualtat entre dones i homes, la qual cosa comprèn «la finalitat de l'assetjament sexual i de totes les formes de violència contra les dones i les nenes, així com en el compromís de garantir els drets sexuals i reproductius, inclòs el dret a l'autonomia sexual de les dones, i de garantir la igualtat de participació en la política i la presa de decisions en tots els àmbits de la vida» (UCLG, 2021: 1).

- Els recursos locals d'igualtat són serveis bàsics per a la ciutadania (Guilló, et al., 2022); no obstant això, les unions de municipis internacionals alerten del risc de perdre aquests recursos davant reculades democràtiques. D'aquí, la importància d'expressar fermes compromisos institucionals juntament amb la planificació d'actuacions i pressupostos que materialitzin aquests compromisos envers les violències menys conegudes, com són la violència reproductiva i els crims en nom «de l'honor».
- Tal com assenyalava la *Declaració Mundial sobre les Dones en el Govern Local* (UCLG, 2021:5), «Els governs locals i regionals estan en primera línia per posar en marxa



mecanismes que garanteixin els drets sexuals, reproductius, de salut i altres. És necessari posar en marxa una àmplia coalició, amb dones líders i aliats dels governs locals i regionals, parlamentàries i organitzacions de la societat civil, feministes, de base, activistes i comunitàries, per defensar els drets de totes les nenes i dones en la seva diversitat i acabar amb la impunitat de totes les formes de discriminació per raó de gènere, assegurant que això sigui la prioritat en l'agenda de les eleccions, de les polítiques i de tots els fòrums pertinents».

### III. RECOMANACIONS I PROPOSTES PER A LA INTERVENCIÓ

## 12. Propostes per millorar el coneixement i l'ús del *big data*

### 12.1. Millorar la producció de coneixement

Un dels resultats de la recerca és el relatiu als **dèficits d'informació** respecte de la recollida de dades sobre els tipus de VCM i la manca de dades que es disposa sobre alguns col·lectius que, com en el cas de les dones amb discapacitat i les dones procedents d'algunes diàspores, s'enfronten a aquestes formes específiques de violència.

D'aquesta manera, és imprescindible avançar en l'àmbit del coneixement des de diferents perspectives, qualitativa i quantitativa. No ha d'oblidar-se que **és una de les obligacions dels Estats**, no només del Conveni d'Istanbul, sinó que així és assenyalat per totes les resolucions que s'inclouen en les recomanacions de la CEDAW.

En primer lloc, és necessari millorar l'accés a les dades existents:

- és essencial millorar l'accés a les fonts i bases de dades actuals relacionades amb els delictes relacionats a les VR i CNH; en obert i amb totes les dades desagregades per sexe. No sempre en la informació pública hi cap la desagregació completa. Alguns delictes, com la suposició de part i l'alteració de la paternitat, relacionats amb VR, s'agrupen juntament amb altres delictes del mateix àmbit, dificultant l'anàlisi detallada i la comprensió de la magnitud i característiques específiques d'aquestes violències. És crucial treballar en una desagregació més precisa.

De manera transversal, se subratlla la importància de considerar **la diversitat com un requisit d'anàlisi** de la població:

- L'anàlisi demogràfic pot millorar la detecció de grups amb major risc de sofrir aquestes violències, per exemple, considerant les variables presents en els perfils dels col·lectius de dones més vulnerables, com la discapacitat (segons el tipus de discapacitat), l'edat, l'origen i la nacionalitat, ètnia (més enllà de la població gitana), orientació sexual, hàbitat (rural/urbà) i la situació econòmica, entre d'altres. Diferents estadístiques, des del padró passant per l'EPA poden aportar dades d'interès, encara que no tots estan disponibles a nivell local.

- Així mateix, l'ús de variables sociodemogràfiques diverses en el disseny de les mostres en les enquestes han de poder permetre l'explotació estadística des de l'enfocament de gènere interseccional.
- Convé recordar que la Llei orgànica 5/2018, de 28 de desembre, de reforma de la Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del Poder Judicial, sobre mesures urgents en aplicació del Pacte d'Estat en matèria de violència de gènere especifica que la informació estadística obtinguda haurà de poder desagregar-se amb un indicador de discapacitat de les víctimes. El nostre marc normatiu fa, per tant, recalcamet en la desagregació amb indicador de discapacitat de la informació que es reculli sobre les víctimes.
- Quant a l'origen, cal tenir en compte les diferències socioculturals entre els diferents països, aprofundint particularment en la situació socioeconòmica i els drets que tenen o no reconeguts als seus països les dones gestants.

Els resultats d'aquesta anàlisi poden ser de gran utilitat per a **orientar els esforços de prevenció i sensibilització** envers els grups més vulnerables i els professionals i les professionals dels serveis públics que tenen més contacte en la vida quotidiana d'aquests.

D'igual manera, cal **millorar els registres i realitzar més recerques**:

- Dissenyar nous registres i modificar els registres i procediments de quantificació de víctimes de delictes (i d'altres tipus), per dimensionar adequadament les persones víctimes de la VR. Per exemple, els relatius a:
  - Estadística de Població Estrangera Sol·licitant de Protecció Internacional, Refugiats, Beneficiaris de Protecció Subsidiària, Desplaçats i Apàtrides.
  - Víctimes de la violència de gènere.
  - Víctimes de la violència sexual.
  - Víctimes de tràfic amb finalitats d'explotació sexual.
  - Persones transsexuals en processos de reassignació de gènere en procediments quirúrgics.
  - Dones amb discapacitat víctimes de les esterilitzacions forçoses.
  - Registres de naixements i d'inscrits a l'estranger; Estadística d'adquisicions de nacionalitat espanyola de residents.
  - Base Estatal de Dades de Persones amb Valoració del Grau de Discapacitat.
  - Estadística del Sistema de Seguiment Integral en els Casos de Violència de Gènere (Sistema VIOGEN).

- Estadística de Violència Domèstica.
- 016-Servei Telefònic d'Informació i Assessorament Jurídic en Matèria de VCM.
- Servei ATENPRO.
- Optimitzar el mesurament de la prevalença:
  - Enquestes de mesurament de la prevalença de les formes específiques de la VR i els CNH com a tipus de violència contra les dones que requereixen dels seus propis instruments.
  - Adaptació o inclusió de mòduls pertinents en altres enquestes disponibles, com ara la macroenquesta sobre Violència contra la Dona, l'Enquesta Europea de Violència de Gènere, l'Enquesta de Fecunditat, l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya, l'Enquesta Nacional de Salut a Població Gitana, l'Enquesta de discapacitat, l'autonomia personal i situacions de dependència, l'Enquesta de salut sexual i reproductiva, així com enquestes sobre la població d'origen estranger a Espanya (entre d'altres).
  - Estudis de prevalença en municipis petits i rurals.
- Aprofundir en temàtiques concretes, com ara:
  - L'impacte de les reformes legislatives recents en la millora de la protecció de les dones amb discapacitat davant la VR.
  - La vinculació entre l'AEAF i l'explotació sexual i laboral de les dones.
  - La relació entre les VR i la violència sexual contra les dones.
  - La relació entre les pràctiques nocives contra les dones i la VR, en concret: avortaments forçosos en relació amb la selecció prenatal del sexe, proves de virginitat i himenoplàstia.
  - La protecció internacional de les víctimes de VR.
  - La VR que afecta les dones migrants i refugiades en els desplaçaments, trànsits i processos d'acolliment.
  - L'esterilització forçosa i la reassignació de gènere dels homes transsexuals.
  - L'AEAF i el control de la menstruació.
  - La VR en el cas de les dones en situació d'aïllament i semi-aïllament (clíniques i centres psiquiàtrics, institucions de cura, presons, CIE, etc.).
- Fomentar la recerca des de les associacions professionals i científiques relacionades amb la salut sexual i reproductiva (sexologia, ginecologia, fatxenderia, infermeria, psicologia) i des d'altres disciplines com són les ciències socials (antropologia,

sociologia, treball social, dret, criminologia) i de la seguretat ciutadana (ciències policials).

- Implicar les ONG amb programes d'atenció a dones<sup>185</sup> en la recollida de dades per millorar el coneixement sobre el problema i com millorar la intervenció. Per exemple, mitjançant grups de treball o comissions temàtiques.
- En les entitats del moviment associatiu de la discapacitat, dirigir enquestes i estudis a les famílies amb filles sobre sexualitat, drets reproductius i VR.
- En les organitzacions especialitzades en la inclusió de població d'origen o descendència migrant i població gitana, incloure la VR i els CNH dins dels àmbits d'estudi sobre la VCM.
- Promoure que a les universitats i centres de recerca públics i privats s'obrin línies de recerca sobre VR i CHN.
- Promoure la recollida de dades des dels recursos sanitaris de tots els nivells d'atenció pública.
- Facilitar que els programes de salut comunitaris (locals) registrin de manera específica les violències reproductives en funció de les seves tipologies, i específicament aquelles afecten la població més vulnerable:
  - AEAFF
  - Avortament selectiu com a pràctica de selecció del sexe
  - Pràctiques nocives: proves de virginitat, himenoplàstia, MGF, etc.
  - Gestació subrogada
- Involucrar els proveïdors privats de serveis sanitaris en la producció i recollida d'informació sobre VR.

**La compilació ordenada i accessibilitat al públic** és un requisit de transparència, però també un instrument per facilitar informació per al diagnòstic de situació per a aquelles EL que no poden produir estudis propis.

- Es necessitaria una base de dades centralitzada que reculli i organitzi recerques, informes i estadístiques relacionades amb aquestes violències.

---

<sup>185</sup> Inclouent les persones transsexuals víctimes de la VR.

- Donat el desenvolupament institucional i consolidació del web de la DGVG<sup>186</sup> que conté un portal estadístic, seria d'interès la seva inclusió en aquesta plataforma, així com el seu enllaç o vinculació amb el Ministeri d'Inclusió, Seguretat Social i Migracions, Ministeri de l'Interior i l'Observatori de Salut de les Dones del Ministeri de Sanitat.
- El desenvolupament d'una plataforma Web global respecte de l'àmbit municipal, des de la FEMP, afavoriria l'explotació de dades estadístiques amb un valor únic per a la detecció de les violències, la posada en marxa de mesures d'acció i la seva avaluació.

Finalment, una estratègia complementària a tenir en compte és l'**avaluació de les intervencions existents**, actuals i futures.

- A més d'actualitzar dades sobre la població usuària o destinatària, les dades permetran adaptar i millorar les estratègies de prevenció i suport a les víctimes amb l'objectiu de crear entorns més segurs en el futur.
- En aquesta línia, s'ha assenyalat la importància d'emprar el potencial del servei ATENPRO per a la producció d'informació local; per a això, requereix millorar el seu sistema de recopilació i explotació de dades.

## 12.2. Eines de *Big data*

La producció de coneixement és indissociable de les estratègies de **prevenció i intervenció** primerenca d'aquests fenòmens. L'ús d'internet i Big Data s'empra també en aquest camp amb aquest objectiu.

En primer lloc, es destaca la importància de **monitorar les xarxes socials i plataformes digitals**.

- Mitjançant l'ús de tècniques de Big Data, és possible analitzar aquestes interaccions per identificar actituds, opinions i tendències relacionades amb la violència contra les dones (Xue et al., 2019).
- L'anàlisi basada en missatges recopilats de plataformes com Twitter, Facebook, Instagram i diaris digitals ofereix una perspectiva per comprendre les percepcions i estereotips relacionats a aquestes formes de violència.

---

<sup>186</sup> Web de la DGVG. Accés

- La recopilació de dades pot ajudar a detectar problemes emergents, permetent la personalització de campanyes de sensibilització (Capobianchi, Muratore & Villante, 2023).

En segon lloc, es proposa explorar el desenvolupament de **models predictius com a eina per a la prevenció i intervenció**.

- Utilitzant algorismes d'aprenentatge automàtic basats en dades històriques, es poden identificar àrees geogràfiques o grups de població amb major risc de sofrir violències reproductives o crims d'honor. Un exemple d'ús real és l'exposat per González-Prieto et al. a l'article «Machine learning for risk assessment in gender-based crime», on es desenvolupa un model d'aprenentatge automàtic per a la prevenció de la violència utilitzant un conjunt de dades de més de 40.000 persones que van ser víctimes de delictes de gènere als Estats Units. Amb una precisió del 80 %, el model va poder predir el risc de victimització en tenir en compte diversos factors, com l'edat, la raça/ètnia, l'estat socioeconòmic, l'historial de violència, l'abús de substàncies, la salut mental i l'entorn social de la víctima. Aquesta eina va servir per identificar dones amb major risc de ser víctimes de delictes de gènere i brindar-los intervencions, com assessorament, orientació i suport financer.

En tercer lloc, es considera especialment important la creació d'una **Plataforma de Recopilació de Dades en línia**, tal com preveu la FEMP en relació amb ATENPRO, com una eina holística d'atenció a la VCM en totes les seves formes.

- Aquesta plataforma permetria recopilar i centralitzar informació sobre casos documentats, perfils de les parts involucrades i aspectes legals i ètics. La recopilació permetria realitzar una anàlisi detallada i basada en evidències, fonamentant així la presa de decisions informades.
- Exemple d'això és la National Network to End Domestic Violence (NNEDV) dels EUA, que treballa per prevenir la violència domèstica, ajudar les víctimes i oferir informació. NNEDV compta amb un portal web que ofereix informació sobre la violència domèstica, així com recursos per a les víctimes. Es tracta d'una plataforma l'objectiu de la qual és oferir informació específica, oferint diferents recursos que van des de la prevenció fins a la recopilació de dades.

Com a eina de diagnòstic se suggereix també l'establiment de **Plataformes de consulta i denúncia Anònima en línia**.



- Aquestes plataformes brindarien a les persones la possibilitat de denunciar de manera confidencial casos o sospites de VR i CNH (o una altra VCM). En utilitzar tècniques de Big Data per analitzar les dades recopilades, es podrien generar estadístiques sobre la incidència d'aquests crims, la qual cosa permetria el disseny de polítiques preventives més efectives.
- Plataformes com RAINN (Rap, Abusi & Incest National Network) o National Domestic Violence Hotline, ambdues dels Estats Units, són a més d'un canal per a la denúncia, també una font d'informació que ofereix al detall estadístiques sobre el perfil de les víctimes, els perpetradors de violència sexual i les persones ajudades per aquestes plataformes.

L'ús del Big Data en la **sensibilització** sobre violències reproductives i crims d'honor pot enriquir de manera significativa les estratègies destinades a abordar aquestes problemàtiques.

- Una de les mesures fonamentals és la creació de campanyes de conscienciació dirigides i adaptades a diferents grups de població i contextos. En aprofitar les dades recopilades a través del Big Data, es pot obtenir una comprensió més precisa de les necessitats i experiències de les persones afectades. Aquestes campanyes poden utilitzar diversos mitjans, incloses les xarxes socials, per arribar a un públic més ampli i generar un major impacte.
- En aquest context, seguint les recomanacions de treballs com «Aprofundiment en l'ús de tècniques associades a Big Data en l'àmbit de la lluita contra les violències contra les dones» (2020) se suggereix la importància de millorar la presència institucional en plataformes com Twitter, Instagram o Youtube, per aprofitar l'abast i la participació de l'audiència.
- L'ús de lemes de sensibilització en les comunicacions pot ser una estratègia per augmentar-ne l'abast. Paraules i etiquetes com #NiUnaMenos, #ViolenciaDeGénero i #ViolenciaMachista s'han convertit en símbols de la lluita contra la violència de gènere, i utilitzar-los en futures campanyes centrades en violències reproductives o crims d'honor permetria aprofitar la rellevància que ja tenen.
- El *Big Data* podria ser de gran ajuda per identificar la població objectiu d'aquestes campanyes i també per seleccionar dates assenyalades on aquesta difusió podria tenir un major abast, com per exemple el 8 de març, Dia Internacional de la Dona i altres efemèrides (vegeu més endavant les recomanacions en matèria de sensibilització).

Una altra estratègia per abordar aquestes violències és crear **espais en línia on les persones puguin compartir les seves experiències, opinions i propostes.**

- Aquests espais digitals permetrien una major interacció entre la societat i els experts, promovent la generació de solucions més centrades en les necessitats reals de les persones afectades. L'informe d'United Nations Women (2023) «Disasters, Crises and Violence Against Women», ressalta la importància de promoure l'accés i l'ús d'Internet, especialment entre les dones, per brindar eines que permetin buscar ajuda i recursos per a les víctimes de violència de gènere, enfortint així la protecció i el suport a aquells que el necessiten.

## 13. Propostes per a la intervenció

### 13.1. Reforçar el marc institucional de les «altres violències»

Totes les violències contra les dones són combatudes des dels marcs institucionals que promouen la igualtat entre dones i homes, en qualsevol àmbit de la societat. Per tant, reforçar les lleis i polítiques basades en un compromís amb els drets humans i la igualtat de gènere afavorirà eliminar les causes per les quals es produeixen la VCM, en qualsevol de les seves expressions.

En relació amb un marc institucional ideal, els resultats de les enquestes i entrevistes assenyalen una sèrie de propostes per millorar la situació actual que estan alineades amb les recomanacions de les organitzacions internacionals, dirigides a donar visibilitat i especificitat dins de les característiques del Conveni d'Istanbul.

Es tracta de les següents consideracions:

- Avançar cap a un marc de *violència basada en "l'honor"* seria més extensiu que la denominació CNH.
- Procurar la consideració conjunta de la violència reproductiva en totes les seves tipologies, no només GS i AEAF.
- Garantir que els marcs de protecció a la infància i adolescència recullen apropiadament la VR i els CNH, no només des de la perspectiva de la seguretat de les nenes i joves, sinó també des de l'enfocament de l'atenció especialitzada.
- Avançar cap a un marc de *violència basada en «l'honor»* seria més extensiu que no pas la denominació CNH.
- Procurar la consideració conjunta de la violència reproductiva en todas sus tipologías, no solamente GS y AEAF.
- Que els marcs normatius que protegeixen els drets de les dones (incloent el marc penal) en matèria de VCM i en matèria de salut incorporin la VR de manera explícita i al·ludint a les seves diferents tipologies i que s'incorpori al marc de Dret espanyol les millores necessàries per considerar tots els agreujants i manifestacions implicades en la violència en nom de l'honor o CNH. Les entitats locals poden traslladar això mateix a les seves ordenances de gènere.

- Considerant-hi la participació dels col·lectius afectats per aquestes violències perquè aportin el seu expertise: comunitats amb prevalença de CNH, entitats de l'àmbit de la discapacitat o específiques de dones amb discapacitat, així com la d'altres col·lectius especialment vulnerables a la VR, incloent-hi les persones transsexuals i el col·lectiu LGTBQ+ en general.
- Que en la implementació i avaluació del PEIEMH i l'actual EEVM 2022-2025 i el PECVG s'incorporin mesures concretes sobre la VR (en concepte de GS i AEAf) i la VNH.
- Que també s'incorpori la transversalització de la perspectiva de la discapacitat i la interseccionalitat en general, perquè això contribueix a visibilitzar les violències menys conegudes.
- Que l'avaluació actual de l'ENSSR i la futura estratègia incloguin mesures concretes per a la prevenció, atenció i reparació de la VR; destinant actuacions específiques per a dones amb discapacitat i altres col·lectius en situació d'especial vulnerabilitat. Prestant així mateix especial atenció a aquella intersecció entre VNH i la seva expressió reproductiva.
- Que les polítiques públiques d'atenció a la discapacitat incorporin la perspectiva de gènere, contemplant mesures específiques per a la prevenció, atenció i reparació de la VR i també respecte de les expressions de CNH que puguin afectar les dones amb discapacitat en major grau.

En el cas particular de la **GS**, les expertes consideren que s'hauria d'incidir en el **reconeixement internacional com una forma d'explotació reproductiva**, que permeti equiparar el seu tractament al que reben altres manifestacions de VR i considerant recórrer a aquesta pràctica per tenir bebès com a **tràfic d'éssers humans**.

En tractar-se d'una violència que pot constituir un delictes internacional i un atemptat contra els drets humans, organitzacions i persones expertes, insten la creació d'un **conveni internacional** que prohibeixi, persegueixi i sancioni transnacionalment la pràctica. Existeixen algunes propostes sobre aquest tema, de les quals destaca:

- La Convenció Internacional Feminista para a l'Abolició de la Gestació per Substitució<sup>187</sup> elaborada per CIAMS (2020).

---

<sup>187</sup> Convenció Internacional Feminista per a l'Abolició de la Gestació per Substitució. Accés

- La *Declaració per a l'abolició mundial de la maternitat subrogada* o Declaració de Casablanca<sup>188</sup> (2023). Annexa una proposta de Conveni Internacional i diverses recomanacions dels Estats:
  - Prohibir la gestació subrogada al seu territori.
  - Negar tot valor jurídic als contractes i al reconeixement de la filiació.
  - Sancionar les persones físiques i jurídiques que actuïn com a intermediàries.
  - Perseguir judicialment les persones que recorrin a la maternitat subrogada al seu territori i a als i les nacionals que recorrin a ella fora del seu territori.
  - Actuar a favor de l'aplicació d'un instrument jurídic de prohibició global.

Quant a la **violència basada en «l'honor»** o crims «en nom de l'honor», es requereix dissenyar itineraris adaptats d'atenció, accessibles des de la perspectiva cultural, i amb qualificació experta per part de professionals. L'atenció generalista des de la VG no s'adapta a les necessitats de les víctimes i no compta amb els RH necessaris; juntament amb això, la protecció de les víctimes és deficitària i poc específica per als seus riscos. És necessari estudiar les potencialitats del model suec i del model britànic per a Espanya.

Les recomanacions anteriors fan al·lusió fonamentalment al marc estatal, però en el cas d'**altres nivells de l'administració pública**, són igualment transferibles respecte dels seus instruments normatius particulars.

D'aquesta manera, **en l'àmbit local** faríem referència als plans institucionals i a les ordenances municipals en relació amb la igualtat i la violència contra les dones i en matèria de salut en general i SSR en particular, així com a l'atenció a la discapacitat.

Per això, pot transferir-se als plans locals d'igualtat i de lluita contra la violència masclista, els plans de salut comunitària, atenció a la sexualitat i als DSR, i a altres instruments locals relatius a col·lectius de dones altament vulnerables a la VR i a les pràctiques relacionades amb els denominats crims «en nom de l'honor» (com els plans d'inclusió social, protecció internacional, cooperació per al desenvolupament i plans d'infància, adolescència i joventut).

---

<sup>188</sup> Declaració per a l'abolició mundial de la maternitat subrogada o Declaració de Casablanca. Accés

## 13.2. Atenció integral i coordinada

### 13.2.1. Drets i integralitat de l'atenció

L'enquesta a entitats locals, donat la manca d'experiència d'aquestes en matèria d'atenció a la VR i la VNH ha aportat molt poca informació sobre les necessitats de les víctimes i les dels seus fills i filles.

No obstant això, tant les organitzacions expertes, com des dels diferents serveis d'atenció local es considera que totes les dones víctimes de la violència masclista tenen necessitats similars, mentre els seus drets fonamentals són vulnerats i, per tant, estimen que les necessitats de les víctimes de qualsevol violència masclista han de ser ateses sempre en relació amb **la noció d'integralitat i universalitat**, és a dir: **atenent a tots els drets que hi corresponguin i a la seva total reparació**.

D'acord amb la consulta realitzada, tant a EL, com a organitzacions i persones expertes, **la noció d'integralitat** fa al·lusió a la **centralitat dels drets** de les víctimes (els seus fills i filles).

Aquesta qüestió es correspon amb el model d'atenció de les víctimes de la VG promogut per la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere, que va ser reforçat gràcies al PECVG i a la Llei orgànica 10/2022, de 6 de setembre, de garantia integral de la llibertat sexual, basats al seu torn en el **Conveni d'Istanbul**. El Conveni d'Istanbul incideix a posar «els drets de la víctima en el centre de totes les mesures» (art.7.2.).

D'aquesta manera, els resultats del treball de camp fan referència a considerar totes les **necessitats d'atenció i de reparació integral** que s'esperen en l'atenció a les víctimes de la VG:

- d'informació i orientació;
- de seguretat, protecció i garantia de no repetició;
- de salut sexual i reproductiva;
- de salut mental;
- de salut física;
- d'atenció social, habitatge, educació, atenció a la infància o persones dependents;

En el cas de l'habitatge, és important tenir en compte que moltes dones amb discapacitat requereixen d'habitatges adaptats i en molts casos de la presència

d'assistents personals per al desenvolupament quotidià d'activitats. Per aquest motiu, és necessari assegurar l'existència de diferents recursos com són l'habitatge tutelat supervisat o la vida autònoma amb assistència personal. Les dones víctimes de VR amb discapacitat tenen el dret de sortir de l'entorn familiar agressor amb els suports adequats.

- El límit de l'edat dels fills o filles que poden conviure amb les seves mares en alguns recursos residencials (fins als 18 anys) és una barrera per a algunes dones que necessiten protegir-los malgrat ser majors d'edat,
- de trobada entre iguals, mitjançant la intervenció grupal amb les dones per al seu apoderament personal i social
- d'inclusió i participació social,
- d'autonomia econòmica (en referència a l'ocupació, formació per a l'ocupació i/o accés a ajudes monetàries o d'un altre tipus);
- necessitats de suport als seus familiars o persones pròximes,
- i necessitats que al·ludeixen a altres dimensions de la reparació integral en termes de restitució, indemnització, rehabilitació o satisfacció.

Els **models d'atenció integral** serien els responsables de donar resposta a les necessitats de les víctimes de la VCM.

Aquests models se solen articular bé en serveis integrals bé en recursos de derivació (coordinats); i solen abastar: informació; atenció inicial i orientació a víctimes; atenció inicial i orientació a familiars; atenció jurídica; acompanyament judicial; atenció d'emergència a víctimes; seguretat-protecció; atenció social i a l'autonomia econòmica; atenció residencial (habitatge); atenció educativa/ formació; atenció sanitària; atenció psicològica; atenció a filles/fills de víctimes; tractament i reparació a fills/es víctimes; vincles o xarxa social; i altres. L'ideal és **que fossin extensibles** per a les dones víctimes de la VR i els CNH **tenint en compte les seves necessitats específiques** (vegeu punts 5.3., 8.3. i 11.1.2).

Per tal de treballar sobre les necessitats de les víctimes, s'ha assenyalat reiteradament que s'ha de disposar d'un **pla individualitzat** d'atenció per a cada dona, que tingui en compte la interseccionalitat amb altres desigualtats i presti una resposta transversal i coordinada. Les

recomanacions i propostes sobre aquest tema es troben en la segona part d'aquest Informe, però també s'ha al·ludit a elles en la descripció de les necessitats de les afectades.

El suport especialitzat ha d'oferir a les víctimes un **suport personalitzat** tenint en compte les seves necessitats específiques i **independentment de qualsevol denúncia** policial<sup>189</sup>.

- Les i els especialistes han posat l'accent en el fet que les necessitats de les víctimes variaran segons la situació personal i vital de cadascuna d'elles, per la qual cosa s'han de respondre sota la lògica de l'atenció individualitzada.
- Les necessitats es modifiquen o es transformen depenent del moment temporal. És a dir, si s'enfronta a un context de crisi o emergència, es fa davant la sortida del context de violència, es pren consciència d'un fet passat o es tracta d'un procés de recuperació a llarg termini. Les necessitats de les víctimes i les dels seus fills i filles, evolucionen amb el temps.

Finalment, convé assenyalar que gairebé no s'ha fet al·lusió a les necessitats específiques de **les filles i fills** de les dones víctimes, els quals també poden ser subjectes d'aquesta violència masclista a través de pràctiques de violència vicària. S'al·ludeix, per tant, a necessitats de recursos especialitzats per als i les menors en matèria de salut mental i suport educatiu.

### 13.2.2. Accessibilitat universal

El segon element que ha estat assenyalat amb unanimitat en el treball de camp, en línia amb la literatura i el marc institucional, és l'accessibilitat universal als recursos d'atenció.

Els resultats de la recerca indiquen que s'ha de considerar el següent:

- L'accessibilitat és una necessitat de totes les persones, amb o sense discapacitat; però per a aquestes últimes resulta imprescindible.  
**És un requisit** per poder comprendre la informació que es proporciona i garantir la lliure presa de decisions i consentiment als procediments per part de totes les dones VCM.

---

<sup>189</sup> Tal com indica la Proposta de Directiva del Parlament Europeu i del Consell sobre la lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (accés) Estrasburg, 8.3.2022 COM (2022) 105 final 2022/0066(COD).



- Pressuposa el *disseny universal o per a totes les persones*, però també requereix disposar de formes adequades d'assistència i suport individualitzades, dispositius tècnics i tecnologies de suport.
- Respecte de la figura de facilitació, es tractaria d'un recurs bàsic en qualitat de facilitadores de l'accessibilitat física, sensorial o de comprensió cognitiva com ara en termes de mediació i interpretació cultural, segons sigui el perfil de la víctima. És neutral i no parla en nom de la persona secundada ni en nom del recurs d'atenció; no influeix en les decisions o resultats de la presa de decisions.
- Garantir l'accessibilitat per a les dones amb discapacitat és una obligació dels poders públics d'acord amb la CDPD de l'ONU (2006) i ratificada per Espanya el 2007<sup>190</sup>. A més, està regulada per:
  - la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social, aprovat per Reial Decret Legislatiu 1/2013, de 29 de novembre;
  - la Llei 6/2022, de 31 de març, de modificació del Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social, aprovat pel Reial Decret Legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, per establir i regular l'accessibilitat cognitiva i les seves condicions d'exigència i aplicació;
  - el Reial Decret 193/2023, de 21 de març, pel qual es regulen les condicions bàsiques d'accessibilitat i no discriminació de les persones amb discapacitat per a l'accés i utilització dels béns i serveis a la disposició del públic<sup>191</sup>;
  - el Reial Decret 674/2023, de 18 de juliol, pel qual s'aprova el Reglament de les condicions d'utilització de la llengua de signes espanyola i dels mitjans de suport a la comunicació oral per a les persones sordes, amb discapacitat auditiva i sordcegues.
- D'acord amb aquest marc normatiu, la transversalitat sobre la discapacitat ha de ser un principi de tota política pública.
- També resulta indispensable per garantir els drets d'algunes dones d'origen o descendència migrant, sobretot quan el castellà<sup>192</sup> no és la seva llengua materna.

---

<sup>190</sup> Vegeu l'Instrument de Ratificació de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat, fet a Nova York el 13 de desembre de 2006. BOE núm. 96, de 21 d'abril de 2008.

<sup>191</sup> Que es veurà necessàriament complementat per la norma de transposició de la Directiva (UE) 2019/882 del Parlament Europeu i del Consell, de 17 d'abril de 2019, sobre els requisits d'accessibilitat dels productes i serveis (DOUE núm. 151, de 7 de juny de 2019).

<sup>192</sup> O la llengua que sigui cooficial de la Comunitat Autònoma pertinent on s'hagi de prestar l'atenció. La Constitució espanyola estableix a l'article 3 que el castellà és la llengua oficial de l'Estat i que les altres llengües espanyoles són

L'accessibilitat requereix treballar amb l'enfocament de **la interseccionalitat** i la prevenció de la discriminació. No oblidem que aquesta forma de VR és present en molta major grau en les vides de les dones amb discapacitat, amb malaltia mental, procedents d'algunes diàspores o descendents de les mateixes i en la de les dones gitanes. El mateix succeeix respecte a les característiques de les dones VBH. D'aquesta manera, en el treball de camp s'ha assenyalat amb freqüència als principis del Conveni d'Istanbul que al·ludeix al fet que...

«les mesures per protegir els drets de les víctimes, haurà d'assegurar-se **sense cap discriminació**, basada en particular en el sexe, el gènere, la raça, el color, la llengua, la religió, les opinions polítiques o qualsevol altra opinió, l'origen nacional o social, la pertinença a una minoria nacional, la fortuna, el naixement, l'orientació sexual, la identitat de gènere, l'edat, l'estat de salut, la discapacitat, l'estat civil, l'estatut d'emigrant o de refugiat, o qualsevol altra situació» (art.4.3. Èmfasi agregat).

### 13.3. Principis d'atenció/intervenció amb les víctimes

Tal com assenyalava el Conveni d'Istanbul, els principis d'atenció han de dirigir-se a **garantir els drets fonamentals** de les víctimes i, per això, basar-se en: l'aplicació transversal de la perspectiva de gènere, l'accessibilitat universal i la prevenció de la discriminació.

D'acord amb el que s'estableix en el *Catàleg de referència de polítiques i serveis en matèria de violència contra les dones conforme als estàndards internacionals de drets humans* aprovat per Conferència Sectorial d'Igualtat (2022) (d'ara endavant, Catàleg), les institucions i organismes «actuaran des del respecte i el suport a les decisions de les víctimes, reforçant la seva autonomia i llibertat de decisió, autoestima, protegint prioritàriament la seva seguretat i confidencialitat».

D'acord amb els informes GREVIO sobre l'aplicació del Conveni d'Istanbul (2020; 2022), les intervencions amb les víctimes<sup>193</sup> es fonamentaran en:

- L'accessibilitat universal; els drets i protecció a les víctimes; la prevenció de la victimització secundària; la relació entre les víctimes, els autors dels delictes, els nens i nenes i el seu entorn social més ampli; l'apoderament i independència econòmica; donaran resposta a les necessitats específiques de les persones vulnerables, inclosos els fills i filles.

---

també oficials en la seva respectives Comunitats Autònomes: català a Catalunya i Illes Balears, valencià a la Comunitat Valenciana; basc al País Basc i zones de parla basca de Navarra; i gallec a Galícia.

<sup>193</sup> Vegeu GREVIO (2022). Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline evaluation reports. Document en línia.

- L'oportunitat i adequació de la informació (art.19) en llengües accessibles.
- L'evolució temporal de la demanda, diferenciant a curt i a mitjà termini (art.22) els serveis especialitzats.
- La cooperació multiagència (art.9), en la qual Espanya ha de millorar incorporant a les organitzacions especialitzades el desenvolupament de polítiques (art.19)

Així mateix, les Observacions del Comitè CDPD vinculades als DRS i les recomanacions sobre violència reproductiva sobre dones joves i amb discapacitat de la UNFPA (2018), assenyalen que han de tenir-se en compte les següents directrius per a la **implementació de programes**:

- Identificació eficaç de les necessitats i derivacions requerides.
- Serveis accessibles, de qualitat, basats en drets.
- Valoració de l'accessibilitat dels recursos (Identificació d'obstacles, física, sensorial, cognitiva i econòmica).
- Vinculació amb els recursos de salut sexual i reproductiva i de salut, a més dels de violència.
- Quant a la prestació dels serveis, s'ha d'incidir en:
  - Comprensió de la violència contra les dones amb enfocament de gènere.
  - Suports específics per a dones amb discapacitat.
  - Suports específics de mediació intercultural.
  - L'abastament de camps com: justícia i seguretat, serveis socials de protecció, rehabilitació i acompanyament, salut psicològica, igualtat, i inclusió social, i DSR (Informació, productes i serveis d'anticoncepció; salut materna i neonatal; educació i informació sexuals integrals; informació, proves i tractament per a infeccions de transmissió sexual, inclòs el VIH).
  - La inclusió de les dones en entorns institucionals (com és el cas de moltes dones amb discapacitat).

A més, durant la recerca **s'ha incidit per part de les persones informants**, a posar l'accent en els següents elements (la majoria ja recollits en el Conveni d'Istanbul):

- Garantir la comprensió i l'accessibilitat en la comunicació.

- Atenció amb pertinença cultural a les dones gitanes i altres procedències ètnico-racials, i dones d'origen estranger; amb independència de la seva situació administrativa d'estrangeria; amb especial vigilància a les barreres idiomàtiques.
- Escoltar i acompanyar en l'alleujament emocional de la dona sobre: la seva història de violència, els seus malestars, les seves emocions i els seus duels.
- Donar credibilitat i esperança promovent la resiliència en les víctimes.
- Posar en el centre l'autodeterminació; fugir d'actituds paternalistes, proteccionistes o de la infantilització. Fomentar l'apoderament tant individual com col·lectiu, tots dos igual d'importants.
- Prevenir la revictimització o victimització secundària per part de les institucions a causa de l'aplicació inadequada de protocols o procediments, actituds inadequades o falta de capacitació.
- Prevenir les victimitzacions futures de VR i altres violències.
- Participació i inclusió social, un principi d'actuació clau és de facilitar el desenvolupament de xarxes emocionals de suport i assistència.
- Millorar l'avaluació del risc i adaptar les mesures de protecció.

#### 13.4. Indicadores per facilitar la detecció

És necessari **desenvolupar indicadors especialitzats** que ajudin a la detecció de les violències menys conegudes. En funció de la producció de coneixement expert i l'elaboració d'estudis, els indicadors milloraran.

En relació amb l'anticoncepció forçosa, l'esterilització forçosa i l'avortament forçós, a més d'actuar mitjançant l'escolta activa per identificar en els relats de les dones aquestes experiències com una forma de violència contra elles; s'han assenyalat alguns elements d'interès per a la detecció de la violència. D'aquesta manera, durant l'estudi s'han identificat, de manera exploratòria, els següents **indicadors AEAF** a considerar:

- Ser dona amb discapacitat intel·lectual o del desenvolupament.
- Ser dona amb paràlisi cerebral.
- Tenir pluridiscapacitat (ex. sordoceguera).
- Ser adolescent o dona jove amb discapacitat.

- Ser dona amb trastorn mental greu.
- Viure institucionalitzada.
- Tenir un alt grau de dependència i amb grans necessitats de suport per realitzar les activitats de la vida diària.
- Usuària de comunicació augmentativa i alternativa o d'un altre tipus.
- Estar subjecta a mesures de suport segons la Llei 8/2021, de 2 de juny, per la qual es reforma la legislació civil i processal per al suport a les persones amb discapacitat en l'exercici de la seva capacitat jurídica (abans conegut com a incapacitació judicial).
- Viure amb la família sense autonomia, inactivitat laboral, sense amistats o fora de xarxes associatives o de suport.
- Tenir embarassos que no arriben a terme i conducta de diàspores originàries de països on es realitza l'avortament selectiu.
- Ser dona gitana amb dos o més fills.
- Ser un home transsexual al qual s'ha realitzat una cirurgia per a la reassignació de gènere.
- Ser víctima de violència sexual; violència de gènere o explotació sexual o laboral.
- Dona en risc o situació d'exclusió social.
- Síntomes a considerar: mostrar molt baixa autoestima i acte concepte; depressió; conductes disruptives; canvis en la psicofarmacologia; trastorns alimentaris; canvis corporals bruscos.
- Menopausa anticipada o precoç.
- Absència de menstruació.
- Ingressos hospitalaris o intervencions quirúrgiques inespecífiques.

Vegeu també els exemples proporcionats en l'anàlisi de les experiències d'atenció a l'AEAF (punt 6.3.2.1.). Així mateix, considerar les conseqüències de l'AEAF i la GS com a indicadors d'alerta (vegeu punt 4.5. i punt 8.2.2, respectivament).

En el cas de la GS, les entitats i persones expertes exposen que les característiques de les experiències a les quals han pogut ser sotmeses les dones gestants serien similars a les de les víctimes de tràfic o explotació sexual. En aquest sentit, assenyalen alguns **indicadors GS** als quals caldria parar esment:

- Ser dona migrant i jove (<35 anys) amb fills/es.
- Ser dona amb baix nivell socioeconòmic -nivell d'estudis baix i desocupada o en economia submergida.
- Ser dona amb problemes psicològics com ara l'alienació o despersonalització.
- Ser dona amb un expedient mèdic específic: embarassos previs, processos de hormonació, determinades proves...
- Haver tingut un embaràs sense un seguiment mèdic adequat.
- Ocultació de l'embaràs.

Juntament amb l'anterior, la detecció es podria facilitar mitjançant:

- Espais específics d'escolta/ grups de dones basats en un clima segur i de confiança
- Espais de formació específica sobre: sexualitat, afectivitat, maternitat, SSR, DSR, VR, VCM; que donen peu a identificar per part de les professionals situacions d'abús i de risc. D'aquí la necessitat i importància que existeixin aquests espais, com a espais de detecció de VR.
- Incloure pictogrames relacionats amb aquestes VR i altres, en els sistemes augmentatius i alternatius de comunicació en el cas de dones que es comuniquen mitjançant aquests sistemes o els utilitzen com a suport a la comunicació.
- Espais d'intervenció psicosocial amb les famílies de dones amb discapacitat.

En qualsevol cas, hauria d'activar-se els protocols disponibles davant: el relat directe de les dones, l'expressió de sospita d'altres professionals, la preocupació directa de persones de l'entorn o testimonis (amistats, personal voluntari, entorn laboral, etc.), i la presència d'informes mèdics.

És necessari millorar els indicadors de detecció dels denominats com a [crims en nom «de l'honor»](#). Generalment, cada tipologia varia en alguna cosa, segons la informació recopilada:

- Un cert aïllament social i falta de xarxes socioafectives fora de la família.
- La vida de la víctima -en la seva vida quotidiana- té diversos trets de control comunitari i familiar que li impedeix desenvolupar una vida

- social, educativa o professional amb normalitat.
- La violència incrementa l'escala de les seves expressions (per exemple, de la restricció del moviment, a la violència verbal, l'aïllament, etc.).
- Es produeixen amenaces sobre el trasllat amb altres familiars (o a un tercer país o al país originari).
- Amenaces de mort.
- Viatges imminents o vacances.

### 13.5. Garantir l'accés a recursos/serveis

Tal com s'ha assenyalat en el capítol 4, destinat a les Necessitats de les dones víctimes d'AEAF, els recursos destinats a les víctimes **-de qualsevol violència-** han de distingir-se per **la integralitat i la universalitat** (punt 4.4.1.). En aquest punt s'explica en què consisteix l'accessibilitat universal, que ha de caracteritzar a tot recurs públic.

A més, tal com es recull en l'article 18.4 del Conveni d'Istanbul, l'accés als recursos i la prestació de serveis **no dependrà de la voluntat de les víctimes d'emprendre accions legals**, ni de declarar contra l'autor o autors del delictes.

Partint de totes dues consideracions, les **recomanacions per facilitar l'accés als recursos o serveis** a les víctimes de la VR, apuntarien a les següents qüestions:

- Garantir l'accessibilitat i la individualització dels suports a la comunicació específics per a les dones (segons el seu tipus de discapacitat i les seves necessitats de suport o la seva procedència). Per exemple, via e-mail, via videotrucada o videotrucada amb xat inclòs, així com les oficines d'atenció virtuals. Poden ser claus per a dones que viuen en entorns rurals o tenen problemes de mobilitat o enfronten situacions d'aïllament social. També en el cas de les dones migrants que presentin barreres idiomàtiques.
- Campanyes de difusió sobre els recursos existents per a les víctimes i sobre la VR en xarxes socials i en mitjans de comunicació; preferiblement comptat amb la participació de les dones que representen els principals col·lectius d'afectades.
- Potenciar la difusió en xarxes associativa de dones i de col·lectius de dones d'especial vulnerabilitat o de suport a aquests.
- Potenciar la visibilitat de la informació en recursos de salut i emergència, farmàcies i centres privats d'atenció sanitària, educatius i d'oci i temps lliure.

- Realitzar accions de sensibilització tant amb operadors jurídics, de protecció internacional, entorns educatius i sanitaris, sobre els recursos existents per potenciar la detecció i derivació.

### 13.6. Facilitar l'acreditació de les víctimes

Per al reconeixement de les víctimes i la seva acreditació, en el cas de les VR, cal assimilar un model similar al de les víctimes de la violència de gènere i altres tipologies; per exemple, mitjançant un informe especialitzat dels serveis d'igualtat, o serveis socials juntament amb les referències pertinents als informes sanitaris; a més de la denúncia policial.

En qualsevol cas, s'ha assenyalat que cal considerar els aspectes següents:

- La denúncia no hauria de ser mai un requisit imprescindible per al reconeixement d'aquestes víctimes.
- El sistema judicial no preveu mesures cautelars per a les víctimes d'aquestes VR, per la qual cosa aquest element, tampoc es poden tenir en compte per a la seva acreditació.
- A més del testimoni de la pròpia víctima davant els serveis especialitzats, es podrien aportar un informe ginecològic, on figuri que a la dona se li ha practicat l'esterilització o l'anticoncepció forçades i les conseqüències físiques i psicològiques que han tingut en la dona. Juntament amb un informe psicològic i/o psiquiàtric complementari que evidencii el trauma derivat d'aquesta VR.
- Seria d'interès valorar l'obtenció d'accés a l'historial clínic de les víctimes d'esterilitzacions, perquè es revisi el procediment per AEAF i es revisi com es va dur a terme el consentiment informat de la dona i si hi ha garanties que es va respectar la seva decisió o es detecten errors de procediment o consentiment viciat. Seria necessari implicar el Ministeri Fiscal.
- Podria estudiar-se la possibilitat que les institucions o famílies que es penedeixin d'haver esterilitzat les seves filles, conscients i motivades que és necessari atendre la seva recuperació i reparació, puguin atestar (per exemple, mitjançant declaració jurada davant notaria o d'una altra manera) per facilitar l'acreditació.
- És necessari dissenyar models (a més de testar-los) per tractar d'unificar els futurs informes dels serveis socials municipals o serveis d'igualtat, per tal d'acreditar la condició de víctima de VR i víctima de CNH.



- Despenalitzar les dones que actuen com a mares gestants i facilitar la seva identificació com a víctimes de VR. Com que han estat sotmeses a explotació reproductiva, com succeeix amb qualsevol altra violència, ha de garantir-se per a elles la justícia i reparació, sent especialment important en aquest cas que se'ls tracti com a víctimes i no se'ls equipari legislativament amb aquells que cometen el delictes<sup>194</sup>.
- Considerar els expedients de sol·licitud de protecció internacional i els informes especialitzats associats al cas com a instruments de reconeixement per a les víctimes de CNH en aquesta situació.

### 13.7. Potenciar la integralitat i la coordinació

Totes les persones informants, així com els resultats de totes les enquestes, han assenyalat que es requereix del **disseny d'instruments o protocols especialitzats** en VR i CNH.

La creació d'aquest protocol de prevenció, atenció, acompanyament, recuperació i reparació per a víctimes ha de fer-se de forma participada amb les associacions de dones que representen i atenen els grups més vulnerables a aquesta violència.

De la mateixa manera, s'ha assenyalat la importància d'**actualitzar els protocols existents** que atén altres violències específiques per assegurar una adequada intervenció sobre la dimensió reproductiva en una altra mena d'abusos: VS, VG, tracta amb finalitats d'explotació sexual, matrimonis forçosos, matrimoni infantil, MGF, etc. (vegeu el punt 3.4).

Juntament amb l'anterior, i des d'una perspectiva de prevenció de la VR, es considera necessària la creació altres dos instruments. D'una banda, un **protocol institucional sobre anticoncepció respectuosa, consentida, accessible** per a totes les dones. I, d'altra banda, l'actualització dels procediments d'accés a la IVE per **millorar la detecció d'avortaments forçosos** i garantir que la decisió és lliure i informada sense interferència de tercers, sense afectar cap dret i prestació de l'avortament per a les dones<sup>195</sup>.

Quant a aquestes eines s'han realitzat algunes propostes:

- Es dirigiria a professionals de l'àmbit de la SSR, però també de l'atenció primària.

---

<sup>194</sup> En al·lusió a l'article 221.1. del CP

<sup>195</sup> Com assenyalava la

- Hauria de prestar-se especial atenció a les dones amb discapacitat, per la major prevalença de la VR entre elles i posar en el centre de les actuacions el consentiment informat i acompanyat per evitar esterilitzacions no consentides.
- Així mateix, hauria de prestar-se especial atenció a les dones migrants en situació de vulnerabilitat econòmica provinents de països on la GS és legal.
- Conscienciar sobre l'anticoncepció forçosa en ser més una forma de VR més subtil i menys percebuda com a tal i relacionada amb el control de la menstruació.
- Per a la prevenció d'avortaments selectius, es recorda que tots els Estats tenen l'obligació de posar en marxa mesures que prevegin els infanticidis femenins a través de la selecció prenatal de sexe i garantir que aquestes injustícies siguin ateses sense exposar les dones al risc de mort o de ferides greus si se'ls nega l'accés als serveis requerits, com ara avortaments segurs dins d'un marc legal o altres serveis de salut (OMS, 2011).
- Es proposa seguir les recomanacions de la Declaració interagencial de Nacions Unides *Prevenció de la selecció de sexe amb biaix de gènere* (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Dones i OMS, 2011), que entre altres qüestions incideix en:
  - implicar compromisos sobre l'ús ètic de les tecnologies rellevants del diagnòstic prenatal a través de les associacions de professionals de la salut.
  - D'altra banda, l'OMS (2011), insisteix que no es tracta de demonitzar les tecnologies mèdiques (com l'amniocentesi o la ultrasonografia), perquè no són l'arrel del problema. La seva prohibició pot ser ineficaç i fins i tot perjudicial per a la salut de les dones. Només, han de regular-se per al seu bon ús per part de professionals amb la qualificació adequada.
  - Donar a conèixer els drets de les dones i les nenes, fomentar i aplicar mesures d'acció positiva per millorar la seva situació.
  - Donar suport a la promoció i activitats de sensibilització, com ara campanyes per generar consciència social, que estimulin la discussió i el debat amb la finalitat d'enfortir i ampliar els consensos entorn del concepte d'igualtat de valor entre nenes i nens.

A més dels protocols anteriors, algunes de les propostes que s'han recollit en l'anàlisi de les entrevistes per afavorir la integralitat de l'atenció i la coordinació són:

- Es requereix involucrar a empreses privades de prestadores de serveis en matèria d'atenció a les discapacitats i de serveis de salut sexual i reproductiva.
- Cal reforçar els espais de coordinació ja existents per a altres violències en matèria de salut incorporant noves àrees.
- És necessari donar cabuda a nous perfils professionals en les taules i espais de lluita contra la VCM.
- Les estratègies més facilitadores de l'apoderament individual són aquelles que treballen l'autoestima, habilitats socials i inquietuds personals juntament amb la consciència feminista. Les dones són víctimes de violència, per ser dones. En aquest sentit, l'apoderament col·lectiu és una condició perquè l'individual sigui sostenible i previngui futures victimitzacions.
- L'apoderament col·lectiu, en grups de dones, resulta molt positiu per a les víctimes, no només com a espais terapèutics, sinó com a espais de trobada, participació activa, autorepresentació i lideratge, en compartir amb altres dones el que li ha passat i saber altres dones també han sofert VR.
- Ha de treballar-se en tots els protocols per crear xarxes socials de suport per a les víctimes sostenibles i duradores.
- En el cas de les dones amb discapacitat, i més en particular, DDID, és imprescindible sortir de l'entorn privat, familiar i domèstic.
- Les xarxes socials de suport requereixen plantejaments de mitjà a llarg termini. Es construeixen sobre la base de la confiança mútua i l'intercanvi en activitats; activitats que tenen un cost i requereixen un pressupost. Són vincles emocionals que no es poden forçar i requereixen molt de temps i molts recursos professionals de dinamització i cura dels espais.

## 13.8. Comptar amb recursos humans i materials suficients

### 13.8.1. Perfils professionals

Els equips multidisciplinaris són clau per a l'atenció de les víctimes de violències *poc conegudes*. Les recomanacions al respecte apunten als següents **perfils professionals**:

- Professionals de l'atenció/intervenció: psicòlogues<sup>196</sup>, treballadores socials, advocades, educadores socials.
- Professionals que assegurin l'accessibilitat en la comunicació i la seva comprensió cognitiva: professional facilitador, intèrpret de llengua de signes, mediatra comunicativa, logopeda i mediatra o intèrpret cultural (preferiblement antropòlogues).
- Això inclou les figures professionals de suport per a dones amb discapacitat, assistents personals<sup>197</sup>, amb formació en violència de gènere. Per exemple; en cas que una víctima amb paràlisi cerebral o una gran dependència hagi de sortir del seu habitatge, precisarà d'assistència personal.
- Les persones facilitadores han d'estar també presents en l'accés a la justícia i per a les adaptacions necessàries durant el procés policial i judicial i no només socio-sanitari.
- Quant a la VR, professionals de l'atenció primària sanitària i salut sexual i reproductiva: matrones, sexòlogues, ginecòlogues, infermeres.

Quant a la consideració de si en l'atenció social integral les figures professionals, aquesta ha de ser tractada **per dones o homes**, ja que hi ha ambivalències i diversitat d'opinions.

No obstant això, s'ha assenyalat unànimement la importància de disposar sempre de figures femenines, sobretot en els primers passos del procés d'acolliment i les primeres fases de la intervenció. Hi ha una constatació, almenys quant a la VR, que generalment les dones víctimes senten més confiança i es vinculen millor si la professional és una dona.

Es considera imprescindible augmentar el pressupost dels programes de VCM i dotar de recursos l'atenció a dones VR, sobretot per donar estabilitat laboral al personal, ampliar-lo i garantir la continuïtat a l'atenció.

---

<sup>196</sup> S'ha indicat, en el cas de l'atenció a dones sordes, que seria preferible que la psicòloga fos sorda.

<sup>197</sup> L'assistència personal es refereix al suport humà que es presta mitjançant relació laboral a una persona amb discapacitat (usuària) amb la finalitat que pugui desenvolupar una vida independent. És la usuària qui determina la manera i els moments en què es desenvoluparan els serveis.

### 13.8.2. Formació i capacitatció continua

Pel que fa a la formació que haurien de tenir els i les professionals és la proposada a continuació:

- Formació en perspectiva de gènere interseccional.
- Marc institucional existent sobre VCM.
- Normativa nacional i internacional vigents sobre els crims en nom de l'honor.
- Normativa nacional i internacional sobre DSR i violència reproductiva, inclosa la gestació per substitució.
- Nocions bàsiques sobre sexualitat, salut sexual i reproductiva i drets sexuals i reproductius.
- Situació dels DSR de les dones, i especialment: de les dones amb discapacitat, dones gitanes, dones procedents de diàspores amb prevalença de pràctiques nocives, migrants, refugiades i dones joves.
- Formació en discapacitat i violència contra les dones amb discapacitat
- Formació sobre explotació reproductiva: particularment sobre com funciona la indústria de la GS des d'una perspectiva feminista i de l'enfocament dels Drets Humans
- Coneixements sobre els aspectes jurídics, bioètics, de salut i socials que implica la GS
- Tracte adequat i pautes d'atenció a dones i nenes amb discapacitat, segons tipologia de discapacitat.
- Sistemes augmentatius i alternatius de comunicació i la seva individualització.
- Perfil de les dones víctimes de VR, necessitats i conseqüències.
- Perfil de les dones víctimes de crims d'honor, necessitats i conseqüències.
- Funcionament dels recursos especialitzats i oferta d'atenció.
- Principis criteris d'intervenció psicosocial, en salut i seguretat sobre VCM. I en particular:
  - Tractament del trauma i del duel.
  - Formació sobre resiliència, entesa com la manera de poder reconstruir després d'una situació no desitjada i traumàtica.
  - Prevenció i sensibilització sobre noves victimitzacions.
  - Possibles mesures de reparació.

### 13.8.3. Infraestructures d'atenció

Quant a les infraestructures que són necessàries per a la intervenció, aquestes han estat considerades a partir de les actuacions dels serveis especialitzats en matèria d'igualtat i contra la CVM. Tant en les enquestes com en les entrevistes s'han assenyalat les següents recomanacions:

- No és tan important que hi hagi uns «despatxos» d'atenció; en general les EL i les organitzacions disposen d'infraestructures limitades i poc pressupost per a la seva adaptació. La importància està en la flexibilitat en l'atenció i mobilitat: és a dir que l'equip d'atenció del recurs o servei s'acosti a les víctimes, i no a l'inrevés.
- Espais amb un mínim de requisits: íntim i amigable per a acollir a les dones víctimes, en un clima segur i de confiança.
- Ha d'haver-hi espais adequats per a l'atenció a la infància.
- Espais virtuals i aplicacions (Apps) innovadores, que permetin millorar l'accessibilitat dels recursos i per a la comunicació de les dones amb discapacitat o altres necessitats comunicatives.
- Accessibilitat universal a tots els recursos (físics i virtuals: presencials o no), serveis i programes especialitzats en atenció a dones víctimes de qualsevol tipus de violència.

### 13.9. Reparar les víctimes

La reparació de les víctimes fa referència a la restitució, indemnització, rehabilitació, satisfacció i garanties de no repetició<sup>198</sup>. Referent a això, s'han realitzat una sèrie de recomanacions que es recullen a continuació:

#### Quant a la violència reproductiva: AEAF

- Es considera molt positiva la indemnització a les víctimes, com ha succeït en altres països, com és el cas de Suècia per als casos d'esterilització a dones amb discapacitat o la República Txeca per al cas de dones gitanes esterilitzades.
- A nivell institucional, des de l'àmbit judicial i sanitari s'ha considerat important la realització de circulars que reconeguin aquestes VR massives, que s'han dut a terme

---

<sup>198</sup> Vegeu, per exemple, (Sordo Ruz, 2021) on s'expliquen aquests termes de forma detallada.

sobretot contra DDID. També el fet que es valori una acció més visible per part de la Fiscalia General de l'Estat i les seves àrees especialitzades (violència sobre la dona, persones amb discapacitat i majors, delictes d'odi i discriminació).

- Realitzar actuacions de reparació simbòlica, com ara commemoracions i homenatges a les víctimes de la VR.
- Dirigir mesures de garantia de no repetició, que acompanyin el canvi legislatiu respecte de les esterilitzacions de dones amb discapacitat. Per exemple, ajustant el procediment de consentiment informat perquè no hi hagi possibilitat de viciar-lo, com pot estar succeint (segons els resultats del treball de camp), i destinar els recursos perquè es garanteixi que es duu a terme de manera accessible i amb els suports a la comunicació necessaris.
- Possibilitat de dur a terme petits actes reparatius en els plans intervenció individualitzats.
- Per exemple, el d'una família penedida d'haver esterilitzat la seva filla amb discapacitat en el passat.
- Considerar la responsabilitat civil de professionals amb implicació; especialment, de l'àmbit sanitari, que per la decisió de la família i sense el degut consentiment informat han practicat una esterilització, o un avortament coercitiu (en les seves diferents modalitats).
- Promoure les disculpes públiques institucionals (per exemple, de col·legis professionals metges o de treball social) que incloguin el reconeixement dels fets i l'acceptació moral de responsabilitats de les actuacions del passat.
- Incidir en la dimensió de la rehabilitació de la víctima prioritzant l'atenció a la salut mental.
- Treballar a nivell psicològic el trauma, el duel i l'impacte de la VR en la salut psíquica i emocional.
- Facilitar el dret a la indignació i l'empipament. Moltes víctimes prenen consciència de la VR quan ha passat bastant temps. En el cas de les dones amb discapacitat, les víctimes són conscients que en general han estat les seves famílies les que han exercit aquesta VR, però també professionals de les pròpies entitats de la discapacitat a les quals assisteixen com a usuàries. En aquest sentit, se subratlla la importància que puguin expressar el seu empipament i malestar com a part del seu procés de reparació.

- Rehabilitar el desig i el dret al plaer; sobretot en dones esterilitzades, fet que no canvia que puguin viure la seva sexualitat d'una manera plena i satisfactòria.

A més d'això, en el cas particular de la GS, les recomanacions també assenyalen:

- Tractar psicològicament el trauma i el duel experimentat per la separació del bebè.
- Treballar sobre el sentiment de culpa que presenten algunes víctimes pel lliurament del bebè.
- Establir mesures internacionals que permetin, en cas que les mares gestants vulguin recuperar als seus fills, la restitució de les maternitats i les filiacions dels bebès.

Quant als denominats crims en nom «de l'honor»

- Estudiar els fons de compensació i recuperació que es proposen des del model suec, sustentats en part de les penes imposades als agressors.
- Establir un dia nacional de commemoració per a les víctimes.
- Atendre les conseqüències en la SSR de les violències.
- Facilitar el canvi d'identitat per a la protecció de les víctimes, fins i tot el trasllat a un altre país segur de la UE sense vincles familiars de risc per a les afectades.

### 13.10. Potenciar el paper de les associacions i el moviment feminista

Quant al paper de les associacions de dones, el moviment feminista i altres organitzacions de la societat civil, les propostes que s'han plantejat són bastant unànimes per al conjunt de les violències estudiades, tant per a l'AEAF i la GS o la VR, com per als CNH.

Les recomanacions es dirigeixen fonamentalment al **treball coordinat i conjunt** amb les administracions públiques i entre les pròpies organitzacions; es tracta de les següents:

- Enfortir la governança participada de les polítiques de lluita CVM.
- Facilitar la participació de les associacions i el moviment feministes en els espais institucionals ja existents (o els que es crearan), com taules locals de coordinació, grups de treball, etc.
- Col·laborar per a la producció coneixement i el registre i identificació de casos de violència.
- Afavorir campanyes conjuntes de sensibilització.



- Actuar conjuntament per a la difusió dels recursos disponibles.
- Col·laboració amb associacions específiques de dones que són víctimes de la VR i els CNH i les seves xarxes associatives de suport.
- Establir sinergies, aliances per augmentar la incidència política en relació amb les violències masclistes menys conegudes.
- Organitzar fòrums, trobades i jornades de manera conjunta per sensibilitzar la societat.
- Afavorir l'accessibilitat i la interseccionalitat en el disseny de les seves activitats, programes, activitats o recursos.
- Incloure en els seus discursos, campanyes i manifestos per a una major visibilitat de la VR i els CHN i comptar amb la representació de dones víctimes d'aquestes accions.
- Treballar conjuntament a visibilitzar les violències menys conegudes en efemèrides, com, per exemple: 8 de Març Dia Internacional de la Dona Treballadora; 25 de Novembre Dia Internacional per l'Eliminació de la Violència contra les dones; 14 de febrer Dia Europeu de la Salut sexual; 4 de setembre Dia Mundial de la Salut Sexual; 3 de desembre Dia dels drets de les persones amb discapacitat; 8 d'abril Dia Internacional del Poble Gitano; 20 juny Dia Mundial dels Refugiats, etc.

### 13.11. Prevenir i sensibilitzar

Les propostes s'han dirigit cap a tres grups públic diferenciat, les dones víctimes, els agents institucionals i altres actors d'acció, i la societat local en general.

En totes elles s'ha subratllat la necessitat de posar en el centre de les actuacions a les dones víctimes d'aquestes violències:

- Afavorir que en les accions de sensibilització les referents i les protagonistes siguin les pròpies dones; que visibilitzin els seus drets fonamentals i els seus drets reproductius, contribuint a donar una imatge positiva d'elles, que permeti trencar els mites existents en l'imaginari social.

Sobre la sensibilització i prevenció de la VR **dirigida a les dones víctimes** s'han indicat les consideracions següents:

- Desenvolupar materials informatius específics:
- Elaborar materials amb SAAC per a diferents sensibilitats culturals i discapacitats.

- Innovar en formats digitals i de XS.
- Elaboració i difusió de guies, fullets, cartells sobre VR en diferents formats accessibles per a totes les dones (lectura fàcil, pictogrames, *braille*, vídeo interpretació, idiomes múltiples...) dirigits a facilitar informació a les dones sobre la VR, què és, com detectar-la, on demanar ajuda, drets, etc.
- Garantir l'accessibilitat universal de totes les campanyes.
- Fer participis a les víctimes reals durant les campanyes, mostrant la seva diversitat perquè altres dones puguin identificar-se, ja que, si no són presents en les accions de prevenció, difícilment arribaran a la intervenció.
- Promoure grups de dones, de formació i acompanyament professional, per al coneixement dels seus drets, la VCM, els DSR, la VR, les pràctiques nocives i els CHN.
- Desenvolupar programes d'instrucció de formadores o grups de promotores de drets de les dones, DSR o similars, entre parells.
- Fomentar l'educació sexual i afectivo-sexual des de la infància i durant l'etapa adulta.
- Treballar amb les famílies de les dones amb discapacitat víctimes d'AEAF sobre les seves DSR.
- Treballar amb les comunitats i des de les comunitats culturals de les víctimes on perviuen pràctiques nocives contra les dones, sobre DSR i específicament sobre pràctiques de control i opressió associades a la VBH.

Convé tenir present, respecte de l'últim punt, el que indica la CEDAW (2014) Recomanació general núm. 31 del Comitè i Observació general núm. 18 del Comitè dels Drets del Nen «sobre les pràctiques nocives», quant als **reptes de la sensibilització amb i en les comunitats on hi ha prevalença de CNH:**

«Un Repte subjacent que s'ha d'afrontar és la possible percepció que les pràctiques nocives tenen efectes beneficiosos per a la víctima i els membres de la seva família i comunitat. En conseqüència, qualsevol enfocament que se centri únicament a canviar conductes individuals té considerables limitacions. Ara bé, es necessita un enfocament col·lectiu o comunitari amb una base àmplia i integral. Les intervencions respectuoses de les particularitats culturals i que reforcen els drets humans i permeten a les comunitats practicants explorar i acordar col·lectivament maneres alternatives de materialitzar els seus valors i el seu honor o celebrar les seves tradicions sense causar mal ni vulnerar els drets humans de les dones i les nenes, podent portar a l'eliminació sostenible i a gran escala de les pràctiques nocives, així com l'adopció

col·lectiva de noves normes socials. Les manifestacions públiques d'un compromís col·lectiu amb les pràctiques alternatives poden enfortir la seva sostenibilitat a llarg termini. Referent a això, resulta crucial la participació activa dels dirigents comunitaris» (paràgraf 59).

Pel que fa als **agents institucionals**, es recullen les recomanacions següents:

- Visibilitzar la VR com una mena de VCM en tots els fòrums possibles, donant a conèixer les seves conseqüències i la interrelació amb altres violències.
- Accions dirigides a personal polític i agents i professionals: de l'àmbit de la salut, SSR, estudiants de disciplines de Ciències de la Salut i de Ciències Socials, operadors jurídics i FCSE, professionals de recursos d'atenció a dones víctimes de violència de gènere.
- La modificació de l'article 156 del Codi Penal per la qual el 2020 entra en vigor la il·legalització de l'esterilització amb l'aprovació de la Llei orgànica 2/2020, de 16 de desembre, de modificació del Codi Penal per a l'erradicació de l'esterilització forçosa o no consentida, és encara recent i desconeguda, i no ha calat entre altres agents més enllà del moviment de la discapacitat. El que indica la necessitat urgent de difondre, formar i sensibilitzar diferents agents perquè no es quedi en un simple canvi formal i transcendeixi a un plànol més efectiu.
- Sensibilització a professionals dels recursos, serveis i programes d'atenció específica a persones amb discapacitat, que desconeixen les conseqüències reals d'aquestes VR i la vulneració de drets que implica. En el passat molts/es d'aquests/es professionals han pogut ser *còmplices* per ignorància, aconsellant a les famílies aquest tipus de pràctiques forçoses.
- Organitzacions i associacions: elaborar posicionaments interns de sexualitat, protocols d'intimitat i privacitat, així com protocols de prevenció de violències dins de les entitats i recursos d'atenció (sobretot amb persones amb discapacitat i grups que hagin de residir o romandre en recursos institucionals).
- Elaboració i difusió de materials: guies, fullets amb recomanacions, manuals de bones pràctiques, plataformes, aplicacions, etc. així com donar a conèixer institucions, organitzacions i EL de referència en matèria d'atenció a la VR i als CNH.

Finalment, **en relació amb la sensibilització social**, i en concepte de societat local, es proposen les següents actuacions de sensibilització comunitària:

- Potenciar la visibilitat de les associacions locals de dones i del moviment feminista, que alerta i consciencien sobre aquestes violències.
- Aprofitar les efemèrides i actes de commemoració per dedicar-los periòdicament a la VR o incloure la VR i els CHN en les temàtiques de conscienciació; tant en mitjans de comunicació com pel que fa a XS.
- Treballar amb proveïdors locals de serveis sanitaris i de cures per donar a conèixer les tipologies de violència reproductiva i els protocols per a la seva detecció, denúncia i intervenció; entre ells les farmàcies.
- Incloure en les taules locals sobre VCM grups de treball específics sobre VR i CHN.
- Sensibilitzar les comunitats amb un treball de creació de lideratges de canvi com prescriptores o figures de respecte dins de la comunitat per tal d'erradicar les pràctiques nocives, el control comunitari sobre les dones i els estereotips de gènere basats en una noció de les dones com a éssers inferiors.

## 14. Recomanacions en relació amb ATENPRO

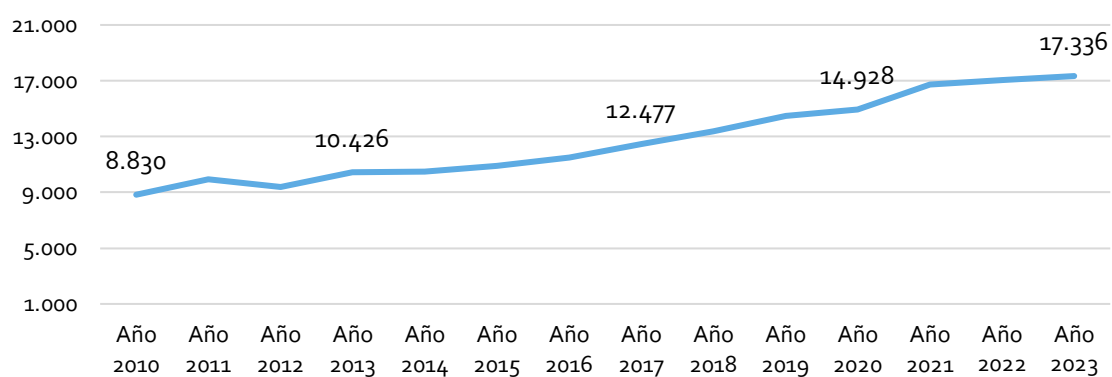
### 14.1. Introducció al servei

La Federació Espanyola de Municipis i Províncies (FEMP) és l'associació d'entitats locals d'àmbit nacional amb major implantació<sup>199</sup>. Entre els seus objectius estatutaris es troba la sensibilització sobre la situació de les dones en l'àmbit de l'administració local. La FEMP és considerada «un instrument d'utilitat pública indubtable per a completar l'atenció i protecció de les víctimes de violència contra la dona»<sup>200</sup>.

La FEMP és, des de l'any 2004 responsable de la gestió del Servei Telefònic d'Atenció i Protecció a les víctimes de la violència de gènere (ATENPRO) que, amb l'actualització del protocol d'actuació a juliol de 2023 ha passat a denominar-se **Servei telefònic d'Atenció i Protecció per a víctimes de violència contra les dones (ATENPRO)**. La seva titularitat recau en el Ministeri d'Igualtat (DGVG).

Amb data 31/05/2023, hi havia un total de **17.336 usuàries actives** en el Servei (DGVG, 2023). Des de la seva posada en marxa, la demanda s'ha incrementat sense parar. En el Gràfic inferior pot veure's l'evolució del nombre de persones beneficiàries.

Gràfic 123. ATENPRO: evolució temporal del nombre d'usuàries en actiu (2010-2023)



Font: DGVG-FEMP (2023). Portal estadístic DGVG actualitzat el 29/06/2023

<sup>199</sup> Arriba a més del 95% de la població espanyola en els més de 7.239 Municipis, 39 Diputacions i 10 Consells i Capítols Insulars que agrupa (vegeu el Reial Decret 1042/2021, de 23 de novembre).

<sup>200</sup> Com reconeix el Reial Decret 1042/2021, de 23 de novembre.

Juntament amb ATENPRO, la FEMP proporciona altres **serveis a les EL per enfortir l'acció local contra la violència masclista**, entre aquestes actuacions destaca:

- La seva participació en la implementació del PECVG;
- L'elaboració de guies i materials;
- La Plataforma de formació per a les EL;
- Difusió d'activitats, jornades i altres actuacions;
- Participació en xarxes internacionals de governs locals.

ATENPRO és un **recurs clau dins del procés de recuperació integral** de les VVCM. D'aquesta manera, els seus **objectius específics** són:

- a) Proporcionar atenció, seguretat i tranquil·litat a les persones usuàries del servei i, per extensió, al seu cercle de persones reunides, oferint-los informació i assessorament i, garantint-los la comunicació interpersonal amb professionals especialitzats 24 hores, els 365 dies de l'any.
- b) Potenciar l'autoestima i la qualitat de vida de les persones usuàries, contribuint a crear una xarxa social de suport en el seu entorn habitual i animant-les al fet que mantinguin, amb plena seguretat, contacte amb l'entorn familiar i social no agressor.
- c) Garantir una atenció immediata i adequada davant situacions d'emergència, proporcionant seguretat i mobilitzant els recursos oportuns.
- d) Realitzar un seguiment actiu a través del contacte periòdic amb el Centre d'Atenció.

Les seves característiques són les següents:

- L'alta en el servei es tramita a través dels serveis socials o serveis d'igualtat locals (que corresponguin per lloc de residència a la VCM).
- El Centre d'Atenció és gestionat per una ONG, actualment Creu Roja Espanyola.
- El Servei proporciona seguretat i tranquil·litat a les víctimes i els ofereix suport, informació i assessorament mitjançant una comunicació interpersonal davant qualsevol necessitat relacionada amb la seva situació de violència de gènere, les 24 hores del dia els 365 dies de l'any.
- El servei no es limita a atendre les demandes ocasionals de les usuàries, sinó que també contempla actuacions programades de caràcter preventiu dins d'un sistema individualitzat de seguiment.

- Es basa en la utilització de tecnologies de comunicació telefònica mòbil i de telelocalització i compta amb Mòdul de Teleassistència a Persones Sordes (SoTA).
- El dispositiu que porten les víctimes és similar a un telèfon mòbil; té notificacions: acústiques, lluminoses, gràfiques i vibració (personalitzables). Pot activar-se l'alarma mitjançant un botó físic (botó lateral de fàcil accés). Disposa de botons adequats en grandària, contrast i combinació de colors, així com un disseny de menús adaptat, simplificat i personalitzable.

En el seu context d'aplicació i, sobretot, després de l'entrada en vigor del Conveni d'Istanbul, ATENPRO **requeria ser actualitzat**. Els fons i impuls per a això es van obtenir gràcies al Reial Decret 1042/2021, de 23 de novembre, pel qual es regula la concessió directa d'una subvenció a la FEMP per a la modernització i ampliació dels dispositius d'atenció i protecció a les víctimes de violència masclista en el marc del PRTR finançat per la Unió Europea-NextGenerationEU (modificat pel Reial Decret 194/2023, de 21 de març).

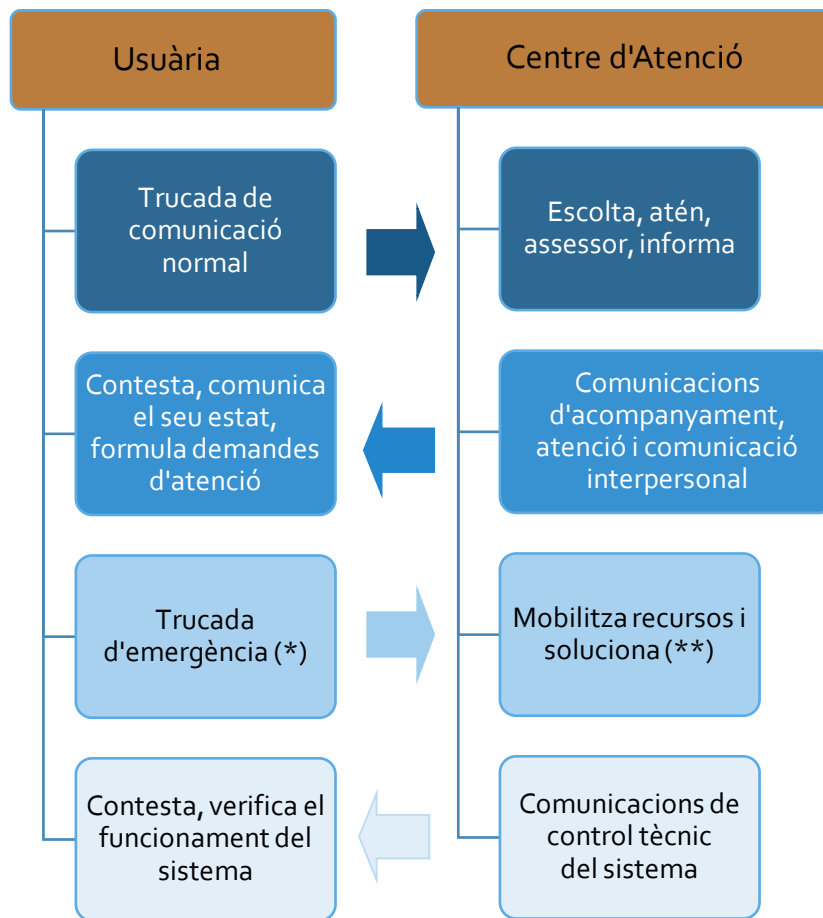
- En l'*exposició de motius* del Reial Decret 1042/2021 s'assenyala, a més de l'augment progressiu de la demanda d'accés al servei, la necessitat d'avançar en la modernització i digitalització i donar resposta a totes les formes de VCM tal com exigeix el Conveni d'Istanbul. Com ja hem explicat en la Introducció d'aquest Informe, aquesta és una de les raons per les quals s'origina aquesta mateixa recerca.
- Aquesta modernització forma part del *Pla Espanya et protegeix contra la violència masclista* que conforma la inversió 4 del Component 22 del PRTR que preveu entre les seves mesures: estendre i fer accessible els serveis d'atenció integral a totes les potencials víctimes, així com minimitzar la bretxa digital que afecta l'actual servei.
- La inversió comprèn: la millora dels requisits tècnics dels dispositius telefònics; ampliar la seva cobertura; reduir la seva grandària i pes; augmentar el temps de durada de les bateries per donar més autonomia; i incloure noves funcionalitats que millorin l'accessibilitat a persones amb discapacitat auditiva o de la parla i amb baixa visió.
- A més, entre les actuacions previstes trobem: botons d'alarma externs al terminal accessibles a dones amb mobilitat reduïda, alerta automàtica d'inactivitat en el terminal mòbil, rellotges intel·ligents (smartwatch), un canal de comunicació amb el centre de control via xat, un web del servei, la creació d'una aplicació informàtica que incorpori tota la informació sobre les usuàries i les EL, i una valoració sobre l'anàlisi Big Data del servei.

Com part d'aquest procés, s'ha actualitzat el **Protocol d'actuació del Servei** al juliol de 2023, que canvia la seva referència de «víctimes de la violència de gènere» a «víctimes de la violència contra les dones».

- El Protocol és l'instrument que conté els procediments de funcionament d'ATENPRO per a tots els actors involucrats. Abasta:
- La descripció del Servei i els seus objectius; els tipus d'alta (ordinàries i extraordinàries); els requisits d'accés; la relació en la gestió dels serveis socials d'una banda, i l'entitat prestadora del Servei, per una altra; la durada d'aquest; els procediments de baixa; la informació que es proporcionen les persones usuàries; l'acció davant el canvi del municipi de les usuàries; la descripció de l'operativa del servei; el seguiment del cas per part dels centres de serveis socials; i les comunicacions a les Comunitats Autònomes i les ciutats de Ceuta i Melilla.
- Comprèn diversos annexos: sobre les normes de funcionament (I); els procediments per a la tramitació de sol·licituds d'altres (II); els procediments per a la valoració de la continuïtat (III); el procediment de baixa (IV); els models per a les sol·licituds, que comprenen diferents fitxes (V); i la sol·licitud d'adhesió de les EL a ATENPRO (VI).
- L'esquema de funcionament bàsic es resumeix en la següent il·lustració:



Il·lustració 10. Esquema de funcionament d'ATENPRO (juliol 2023)



Font: Ministeri d'Igualtat-FEMP (2023)

Nota: (\*) Anomenades d'emergència: (1) atenció psicosocial; (2) prealarmes per la proximitat de l'agressor o perquè existeix una situació potencialment perillosa; (3) alarma per agressió

(\*\*) Nivell 1: resposta verbal; Nivell 2: Mobilització de recursos segons el que s'estableix amb les EL (assistència sanitària, centre de crisi, Policia Local, servei d'emergència 112, Policia Nacional, Guàrdia Civil, Polícies Autonòmiques, o altres.); Nivell 3: trasllat de la persona usuària a un centre especialitzat.

## 14.2. Valoracions i propostes

Al llarg del treball de camp, a través de les enquestes, les consultes a expertes i l'estudi de pràctiques d'atenció, s'ha valorat des de diferents perspectives les característiques principals de ATENPRO. A partir de la informació aportada es formulen les següents propostes, moltes de les quals són suggerides directament per les EL i organitzacions participants en l'estudi. Es tracta de les següents:

### 14.3. Funcionament i operativa del servei

Els [requisits d'accés al servei](#) requereixen d'una certa flexibilitat mentre les víctimes de la VR i dels CNH tenen, de moment, dificultats per ser reconegudes com a VCM. Com ja s'ha explicat al llarg de la recerca, són violències davant les quals no es tendeix a recórrer al sistema judicial i policial; pel que les víctimes manquen en la seva gran majoria de denúncia o de sentència condemnatòria per als seus agressors. Al mateix temps, no existeix a Espanya la pràctica de realitzar informes que serveixin com a acreditacions administratives per a aquestes violències, i, per tant, no compten amb títols habilitants.

Mentre aquestes formes de violència siguin reconegudes en els serveis locals d'atenció a la VCM i els serveis socials, això facilitarà les altes ordinàries (vegeu les recomanacions sobre el marc institucional realitzades en el capítol anterior).

La possibilitat que, amb caràcter excepcional, la DGVG pugui considerar determinades altes com a extraordinàries, pot afavorir l'accés d'aquestes víctimes al servei.

Quant als [requisits d'accés](#) que es consideren actualment en el Protocol d'Actuació, també existeixen dificultats; a més de la falta de títol habilitant existirien dues barreres. D'una banda, «no tenir convivència amb l'agressor», en el cas d'aquestes violències no té per què tractar-se d'una única persona sinó, per exemple, d'un entorn familiar o institucional (si s'està en un recurs de cura) per a les dones amb discapacitat, o un entorn comunitari per a les víctimes de CNH.

Després d'haver sofert la VR, les dones víctimes amb discapacitat continuen vivint amb la família, que va ser la que va exercir aquesta violència. Les dones tenen escasses oportunitats de sortir de l'entorn familiar, per diferents raons: depenen econòmicament i de les seves cures, constitueixen la seva xarxa de suport principal i existeix un vincle afectiu. Aquelles que viuen en entorns residencials, depenen dels professionals que van ser perpetradors. La gestió a alternatives accessibles d'habitatge pot portar molt de temps.

La GS no es tracta d'una forma de violència en parella, si no d'una forma d'explotació reproductiva exercida per persones desconegudes o, en alguns casos, persones comunitàries.

D'altra banda, «participar en programes d'atenció i recuperació integral especialitzats» pot ser difícil per a aquestes víctimes, perquè en general no estan implementats o, si existeixen, no són sempre accessibles per a elles per diversos motius. No obstant això, sí que poden estar prenent

part d'altres serveis de lluita o atenció a les víctimes de VCM més generalistes, o tractaments de salut destinats a la seva recuperació.

No s'han identificat barreres per accedir al servei mitjançant altes extraordinàries.

Quant a les **normes del servei**, pot ser que es requereixi flexibilitat sobre aquest tema. Per exemple, una dona amb trastorn mental greu és possible que presenti conductes disruptives d'algun tipus que la porti a l'incompliment de les normes. Referent a la **verificació del funcionament** del terminal, aquesta ha d'estar adaptada a les diferents discapacitats.

Les característiques d'aquestes violències impacten en diversos aspectes en la **gestió** per part dels serveis socials o d'igualtat i en l'entitat prestadora tal com preveu el Protocol d'Actuació en el seu format actual. Les propostes es dirigeixen als següents aspectes:

- Per començar, caldrà incrementar o reforçar els recursos especialitzats i les àrees d'atenció, almenys les de SSR, atenció a les discapacitats, mediació i interpretació cultural i protecció internacional i inclusió social. A més, tenen un impacte en l'operativa del servei.
- Es considera que poden existir barreres en relació amb **la comunicació amb les usuàries**, des de la mateixa informació bàsica sobre el servei fins al conjunt de comunicacions que el desenvolupen (anomenades i interaccions amb el Centre d'Atenció). Això és degut als criteris ja comentats al llarg de la recerca sobre l'accessibilitat universal i l'adaptació cultural que requereixen els principals perfils de víctimes de VR i CHN. Vegeu les recomanacions en relació als principis d'atenció i l'accés als recursos).
- Quant a la informació de les persones usuàries es considera imprescindible desenvolupar materials amb pictogrames que afavoreixin la comprensió intercultural i abastin les necessitats de les DDID, així com les i els menors d'edat. Això implicaria també la traducció a diferents idiomes, incloent-hi els poc freqüents de minories ètniques dins d'algunes nacionalitats en les quals perviuen pràctiques nocives i que no són les llengües majoritàries de la població estrangera a Espanya.
- La freqüència del contacte en el seguiment i les seves característiques, per complir una veritable funció preventiva, haurien d'adaptar i individualitzar-se. Han de preveure's els suports comunicatius.
- S'ha valorat molt positivament que ATENPRO tingui una pròrroga successiva en la seva prestació; que amb caràcter general aconsegueixi un màxim de 10 anys, precisament

perquè les violències menys conegudes es caracteritzen per tenir conseqüències a llarg termini.

- Quant a [les baixes a ATENPRO](#) també s'ha considerat que són necessàries unes certes adaptacions respecte de la noció d'«incompliment reiterat».
- La majoria de les entrevistades posen l'accent en el cas de dones amb discapacitat víctimes de VR, en què cal assegurar que la baixa voluntària, és decisió de la dona i no existeix manipulació per part de la família o entorn. També en el cas de les víctimes de GS ha d'assegurar-se que la decisió estigui lliure de pressions externes.
- En el cas de les esterilitzacions i els avortaments coercitius, aquestes són violències irreversibles, per la qual cosa, per donar de baixa a la dona del servei per resolució de la situació, s'haurien de considerar aspectes clau com: en quina mesura han trobat una xarxa de suport on revertir aquest malestar o si han superat el duel de tot aquest procés.
- En el cas de les víctimes CNG i les víctimes de GS és possible, donats els seus perfils, la seva mobilitat internacional; pel que seria d'interès preveure convenis de col·laboració amb serveis similars en altres països per a proporcionar la major seguretat a les víctimes i donar continuïtat als seus processos de recuperació.
- Quant als procediments [d'atenció davant les emergències](#), existeix la dificultat de tenir encara poc coneixement sobre quina és la tipologia de situacions de crisi que poden enfrontar les víctimes de la VR i els CNH. La primera proposta, per tant, és generar un coneixement més especialitzat respecte d'aquesta qüestió i, sobretot, flexibilitzar amb la pràctica mateixa de l'atenció, sobre els procediments en la pràctica. Per la qual cosa, seria d'interès establir en el seguiment d'ATENPRO un grup de treball específic sobre aquest tema.
- En principi, la valoració general de les trucades d'emergència i els nivells de respostes que estan prevists en el servei es consideren adequats (veure Il·lustració 8). Si bé, convé insistir que les diferents figures d'agressió (diferents a la VS o la VG) fan que els contextos d'emergència no se semblin a altres VCM més conegudes.

Finalment, es considera que [les eines de gestió del sistema](#) (models de fitxa tipus) amb els quals es construeix el registre de la informació de ATENPRO i el seu seguiment, tenen moltes potencialitats de millora, en general i per a la seva adaptació a les VR i els CNH.

- Aquestes fitxes, que tendeixen a implementar-se a través de fulls de càlcul Excel es basen en camps per a l'escriptura oberta. Això suposa l'emmagatzematge massiu

d'informació qualitativa que impossibilita la seva explotació estadística. Això dificulta la producció de coneixement, el seguiment a les violències diverses i múltiples que enfronten les usuàries, el seguiment a la seva evolució, l'accés específic a serveis especialitzats, així com l'avaluació del servei en si mateix.

- El desenvolupament d'una plataforma on els registres siguin mitjançant formularis més tancats, basats en categories excloents i exhaustives, amb pocs camps oberts pot contribuir a solucionar aquests dèficits. Així mateix, que es pugui allotjar documentació annexa, vídeos i àudios de les pròpies usuàries facilitaria la intervenció i el seu seguiment, i l'accés de personal especialitzat (logopedes, mediadores comunicatives, intèrprets i mediadores culturals, etc.).

Il·lustració 11. Extracto de la Fitxa d'Usuària-Protocol d'Actuació ATENPRO

7. FICHA DE LA USUARIA					
	VG	Código Provincial	Nº Correlativo		
Código / Expediente					
<b>Identificación de la Usuaría</b>					
Nombre					
Apellidos					
DNI / NIE / Pasaporte					
Lugar y Fecha de Nacimiento					
Nacionalidad		Estado Civil			
Nivel de Estudios		Situación Laboral			
Discapacidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<b>Localización de la Usuaría</b>		<b>Telf. Móvil Personal</b>			
Domicilio actual de Residencia					
Dirección Completa					
Municipio	Provincia	Teléfono Fijo			
Observaciones (¿Recurso tutelado?, barrio, pedanía, punto de referencia...)					
Domicilio Laboral					
Dirección Completa					
Municipio	Provincia	Teléfono Fijo			
Observaciones (empresa, barrio, punto de referencia... <b>teléfono sólo si se estima oportuno</b> )					
<b>Estado Físico-Psíquico-Sanitario de la Usuaría</b>					
Describir enfermedades importantes, discapacidades, medicación...					
<b>Núcleo Convivencial</b>					
Nombre y apellidos	Relación	Año nacim.	Nº Teléfono propio		
a					
b					
c					
d					
e					
Observaciones (especificar según letra asignada a cada persona conviviente)					
<b>Personas de Contacto</b> (no facilitar datos de personas que no conocen los episodios de maltrato)					
Nombre y apellidos (por prioridad)	Relación	Teléfono 1	Teléfono 2	Municipio	¿Llaves?
1					
2					
3					
4					
Observaciones (especificar según número asignado a cada persona de contacto)					

Font: Ministeri d'Igualtat-FEMP (2023:44-45).

- D'altra banda, aquestes fitxes de recollida informació (vegeu Il·lustració anterior) cap d'elles recull les tipologies de violència a les quals fa al·lusió la VR (en les seves múltiples formes) ni tampoc els CNH (en les seves diverses expressions). No hi ha camps per identificar-les, ni tampoc per descriure les seves conseqüències o les necessitats referent a les víctimes. Aquesta feblesa s'afrontaria millor mitjançant el canvi abans assenyalat.
- Seria necessari recollir informació, almenys, en relació a:

- Pel que fa a la fitxa de dades de la víctima: La tipologia de discapacitat de les víctimes, i no només la seva presència; els orígens ètnics específics i la minories culturals o religioses a les quals es pertanyen; les llengües que es parlen en total; la relació amb diàspores exteriors i el país d'origen (per valorar el risc de segrest o trasllat).
- En l'estat *físic, psíquic i sanitari* de la usuària cal fer referència a la SSR de forma explícita, amb independència de la VCM a què s'enfronta.
- En relació amb els nuclis convivencials de la usuària, caldria reflectir el tipus de convivència amb família extensa i la presència de xarxes familiars de segon grau, que és rellevant per als CNH; així com un altre tipus de convivències que poden experimentar les dones amb discapacitat que viuen en entorns de cura institucionalitzats.
- Quant a les dades de l'agressor, cal tenir en compte que poden ser múltiples o tenir una dimensió comunitària, i per tant es requereix descriure millor l'entorn de la víctima, la seva presència en l'hàbitat municipal de la mateixa i també en altres municipis pròxims, per valorar millor la seva seguretat.
- Quant a la valoració del risc, aquestes violències enfronten un important desconeixement sobre quan les comunitats, les famílies o les institucions, poden realitzar una agressió en l'àmbit reproductiu o a causa «de l'honor». En qualsevol cas, es recomana revisar les recomanacions realitzades sobre la detecció del capítol anterior per a valorar la seva inclusió en les fitxes de recollida de dades.
- L'historial d'agressió tampoc s'adapta a les violències a les quals ens referim, perquè transcendeix el de la parella o els agressors desconeguts; en els tipus de maltractament no s'inclou cap de les VR i cap de les potencials agressions que se situen dins de la noció «d'honor».
- Pel que fa a la fitxa de recursos d'emergència és important explicitar el grau d'accessibilitat i adaptabilitat cultural que presenten els recursos disponibles; a més d'especificar aquells en salut sexual i reproductiva, de facilitació de la comunicació i interpretació cultural.

#### 14.4. Sobre la comunicació interpersonal i l'acompanyament

S'han recollit recomanacions de pautes o criteris que haurien de guiar la comunicació personal i l'acompanyament a les víctimes per part de les i els professionals del Servei ATENPRO:

- Preguntar a la usuària quina forma de comunicació vol utilitzar. La comunicació telefònica pot ser una barrera per la qual cosa la videoconferència ofereix proximitat, no només amb el llenguatge verbal sinó amb l'expressió corporal.
- Facilitar la videotrucada, ja que afavoreix la comprensió i el vincle amb la professional. És adequat per a dones sordes, però també per a dones amb una altra mena de discapacitats. Les entrevistades de CNSE recomanen la revisió del Servei SoTA per a dones sordes, que tindria un funcionament més lent i menys accessible del desitjable.
- Sempre que sigui possible, sobretot en el cas de DDID, es recomana que sigui sempre la mateixa professional o, si escau, dos professionals de referència. Els seus processos de recuperació són més lents, els seus processos comunicatius, integrar i assimilar la VR soferta. Hi haurà més retrocessos i avanços.
- Les DDID necessiten un llenguatge adaptat baix criteris d'accessibilitat cognitiva. Explicacions breus, llenguatge clar i senzill.
- És important assegurar la comprensió de la informació i el motiu de les interaccions; per exemple, reiterant una sèrie de preguntes. Sobretot si es tracta de DDID i dones amb experiències negatives amb institucions. A causa de la desitjabilitat social i aquiescència, poden afirmar que sí que entenen a la professional i no ser així.
- Afavorir l'apoderament. Evitar actituds de sobreprotecció, paternalistes, fomentar la contínuament la seva autodeterminació i autorepresentació.

#### 14.5. Sobre l'avaluació d'assoliments

Finalment, ha emergit també algunes propostes sobre com valorar els resultats de les intervencions que es duen a terme pel Servei ATENPRO, **alguns dels indicadors d'avaluació** suggerits són:

- Amb caràcter qualitatiu:
  - Grau d'estabilitat en la conducta.
  - Grau en què la dona ha augmentat la seva autoestima.

- Aspectes de la seva salut que han millorat
- Si durant l'atenció, la freqüència de les trucades de seguiment ha augmentat o disminuït i l'explicació dels motius.
- Autonomia i suports rebuts.
- Grau en què ha augmentat la xarxa social de suport.
- Nombre d'actuacions que s'han dut a terme per resoldre les situacions de crisi.
- Superació del duel i el trauma de tot el procés.
- Altres formes de violència que s'han detectat i les actuacions sobre aquest tema.
- Amb caràcter quantitatiu:
  - Nombre de trucades de seguiment que s'han realitzat.
  - Durada mitjana de les trucades de seguiment.
  - Nombre de trucades per situació de crisi i tipus de crisis ateses.  
Nombre de trucades per situació de crisi no resoltes satisfactòriament i motiu.
  - Nombre de derivacions a altres recursos i tipus de recursos.
  - Nombre de suports rebuts.
- De satisfacció de les persones usuàries: utilitat, qualitat, l'accessibilitat del servei i de l'atenció, grau de percepció de la pròpia dona dels seus propis avanços i les propostes de millora del servei.



## 15. Propostes per a un model d'intervenció local

L'elaboració de les següents propostes ha tingut en consideració, a més de la informació recollida al llarg de la recerca, el «Catàleg de referència de polítiques i serveis en matèria de violència contra les dones conforme als estàndards internacionals de drets humans» aprovat per Conferència Sectorial d'Igualtat, en la seva reunió plenària celebrada el 22 de juliol de 2022 a Tenerife (al qual s'al·ludirà com «[el Catàleg](#)»).

Aquest Catàleg està recollit en la Resolució de 16 de març de 2023, de la Secretaria d'Estat d'Igualtat i contra la Violència de Gènere, per la qual es publica l'Acord de la Conferència Sectorial d'Igualtat, de 3 de març de 2023, pel qual s'aprova el pla conjunt pluriennal en matèria de violència contra les dones (2023-2027)<sup>201</sup>.

D'aquesta manera, el model local que es proposa **es guia per tres referents institucionals** clau: el Conveni d'Istanbul, la normativa vigent i els plans estratègics temàtics i les resolucions de la Conferència Sectorial d'Igualtat <sup>202</sup>.

Aquestes referències assenyalen els aspectes fonamentals que han de guiar la labor de tota administració pública respecte a la VCM.

A més, es compta amb recomanacions específiques del mecanisme de seguiment a l'aplicació del Conveni d'Istanbul cap al nostre país (el comitè GREVIO), i altres realitzades per altres organismes internacionals com és la CEDAW i el CDPD; als quals la recerca s'ha referit en els capítols pertinents sobre els marcs institucionals de referència de cadascuna de les violències estudiades.

---

<sup>201</sup> Publicat en el BOE Núm. 67, del dilluns 20 de març de 2023 (accés).

<sup>202</sup> Quant a les resolucions de la Conferència Sectorial d'Igualtat, aquests acords reflecteixen la convergència de les CA i l'AGE sobre el marc d'actuació conjunta que ha d'existir al nostre país per a garantir l'estabilitat i permanència de les polítiques públiques i els serveis en matèria de violència contra les dones. Es deriven, a més de la normativa vigent i del Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere (actualitzat el 25 de novembre de 2021).

## 15.1. Prevenció

### 15.1.1. Prevenció secundària: detecció primerenca i diagnòstic

Els diagnòstics milloren el coneixement sobre les violències i són imprescindibles per al disseny i avaluació de les polítiques públiques. S'han fet recomanacions sobre aquest tema en un capítol anterior.

En relació amb els **instruments locals** per al diagnòstic d'aquestes formes de violència entre les dones de la població resident, aquest podria dur-se a terme de diverses formes complementàries:

- Mitjançant estudis periòdics específics en l'àmbit local.
- Dins d'altres estudis sobre les formes de VCM que persisteixen, incloent-hi les tipologies de VR i les formes en què es manifesten els CNH; preguntant directament les dones per la seva prevalença en les enquestes.
- Valorant la presència i característiques de la població resident respecte als grups i perfils que s'han considerat més vulnerables.
- Incloent nous camps de registre de dades en instruments ja existents.

Juntament amb l'anterior, és important atendre els recursos locals on es pot **començar a registrar i recopilar informació**, com són els diferents serveis municipals (salut, SSR, VCM, atenció a la discapacitat, població gitana, població migrant i refugiada), proveïdors de salut i d'atenció a la discapacitat privats, i associacions.

- Les organitzacions i associacions de dones i ONG que atenen els col·lectius el perfil dels quals es veu més afectat per aquestes violències són espais privilegiats per a la detecció i el registre quantitatiu de casos.

Quant a la **detecció primerenca**, els **protocols de detecció** dels diferents tipus de VCM (inclosos els de prevenció de la conducta suïcida) estableixen «fluxos de derivació i coordinació»<sup>203</sup> per afavorir la detecció i la derivació d'aquests casos als serveis d'atenció integral de VCM.

---

<sup>203</sup> Tal com assenyalava el citat Catàleg.

- Com ja s'ha indicat, a Espanya no disposem encara d'aquesta mena d'eines per a la AEAF, la GS o els CHN. No obstant això, fins que no siguin implementats, les professionals de referència serien aquelles dels recursos especialitzats en VCM.
- Els àmbits als quals es veuen referits la detecció són molt nombrosos i tots necessaris: educatiu, àmbit sanitari (medicina de família, pediatria, infermeria, matrones, treball social, urgències, salut mental i toco-ginecologia), xarxa de centres de Serveis Socials, i centres residencials (centres de dia per a persones sense llar o en risc d'exclusió social, centres relacionats amb la discapacitat, centres de dia per a persones majors, centres destinats a la protecció internacional i la inclusió de persones migrants) i punts de trobada familiar<sup>204</sup>.
- Juntament amb aquests, per a la detecció de la AEAF és necessari considerar aquells d'atenció a dones amb discapacitat i persones amb discapacitat (centres de dia, Centres Ocupacionals, Centres Especials d'Ocupació, Programes d'Inserció Laboral, Residències, Habitatges tutelats, entre altres, i les xarxes associatives).
- Respecte de la gestació subrogada, espais de detecció poden ser els registres civils i oficines del padró, els serveis de pediatria i atenció a la infància, atenció primària, o serveis de ginecologia i obstetrícia.
- Quant a les víctimes de CHN, es tendeix a distingir els recursos de SSR, l'àmbit educatiu, la inclusió de població estrangera i els serveis d'atenció a la diversitat sexogenèrica.

D'aquesta manera, en els espais d'intervenció quotidiana, seria necessari que les i els professionals estiguessin familiaritzats amb els [indicadors d'alerta o risc](#).

- Falta informació suficient com perquè aquests indicadors siguin exhaustius, encara que al llarg de l'estudi s'ha fet referència als més referenciats en matèria de CNH i VR.

---

<sup>204</sup> El Catàleg recull explícitament el següent: «En relació amb els esments als punts de trobada familiar en el present Catàleg s'indica que després de les reformes operades per la Llei orgànica 8/2021, de 4 de juny, de protecció integral a la infància i l'adolescència davant la violència i la Llei 8/2021, de 2 de juny, per la qual es reforma la legislació civil i processal per al suport a les persones amb discapacitat en l'exercici de la seva capacitat jurídica, no haurien de derivar-se a aquests punts als fills i filles menors de les dones víctimes de violència de gènere. No obstant això, i atès que perviuen suposats de derivació a aquests centres i que els mateixos intervenen en processos civils que poden portar causa de situacions de violència masclista, es considera necessari citar-los en el Catàleg a l'efecte de garantir l'efectiva detecció, des de la perspectiva de gènere i infància, i la derivació dels casos de violència contra les dones, així com d'aquells casos en els quals els fills i filles menors també són víctimes directes de la violència de gènere exercida sobre les seves mares, als serveis d'atenció integral especialitzada previst en aquest Catàleg» (pàgina 41823).

- A partir d'aquests indicadors, es realitzaria una primera entrevista per a conèixer millor la situació de la dona. Vegeu les recomanacions referent a la detecció de les violències en el capítol anterior.
- Per al desenvolupament de l'entrevista de detecció a dones, haurien de tenir-se en compte pautes clau de seguretat, intimitat i confiança, a més d'accessibilitat universal i cultural.

És imprescindible recordar que és necessari millorar el coneixement sobre la VR i els CNH per a l'adequada valoració del risc que estan enfrontant les dones i els seus fills i filles; en aquest sentit és necessari considerar les següents qüestions:

- Hauria d'establir-se un grup de treball local centrat en la seguretat d'aquestes víctimes; liderat per les FCSE.
- La VR i la VBH és amb freqüència un indicador d'altres violències pel que els riscos són múltiples.
- La VR pot implicar agressors institucionals i familiars.
- La VBH al·ludeix a agressors familiars a Espanya, però també en altres països.
- En el cas de la GS, les víctimes poden ser-ho de xarxes de tràfic i les figures de coerció són variades, incloent-hi persones comunitàries o empreses nacionals i internacionals protegides per acords comercials.
- En el cas de les violències relacionades amb els CNH o VBH, a més d'entorns familiars, s'ha de valorar l'entorn de risc comunitari.

### 15.1.2. Educació i sensibilització

Quant a la **sensibilització i presa de consciència**, s'han de realitzar campanyes i avaluar el seu impacte. Campanyes que «parin esment a les seves causes, especialment a la relació directa entre desigualtat i violència i els estereotips de gènere, i a la responsabilitat dels homes per a l'erradicació d'aquestes»<sup>205</sup>.

---

<sup>205</sup> Tal com assenyalava el Catàleg en el punt relatiu a «Informació, sensibilització i presa de consciència».

En l'àmbit local, per a complir els principis d'**accessibilitat i universalitat de la sensibilització**, caldria considerar<sup>206</sup> el seu accés, comprensió i ús per totes les persones.

- És a dir, es tracta de campanyes els suports de les quals han de considerar l'accessibilitat cognitiva, física, sensorial i cultural.
- La continuïtat de les campanyes hauria de ser anual, això suposa que existeixin suports fixos, continus en espais locals accessibles a la població més vulnerable a aquestes violències.
- A més, seria d'interès considerar suports el més diversificats possibles; com: fullets i guies descarregables en diferents formats (lectura fàcil, pictogrames, braille, vídeos explicatius amb vídeo interpretació o en format curt/documental, subtitulats, amb missatges senzills i clars on apareguin les pròpies dones i els seus testimoniatges, així com de familiars, professionals de l'àmbit salut sexual i reproductiva, així com de l'àmbit judicial, etc.).
- Es requereix fer visibles aquestes campanyes en l'àmbit comunitari. Això implica anar més enllà dels recursos habituals i apostar conjuntament per l'ús d'altres espais públics, esportius, d'oci, xarxes veïnals, comerços locals, transports, farmàcies, etc.
- Poden multiplicar-se els impactes en les dates significatives i efemèrides internacionals (vegeu les recomanacions en matèria de sensibilització i conscienciació).
- Els mitjans de comunicació locals i la comunicació institucional haurien de seguir les recomanacions bàsiques sobre les bones pràctiques existents en matèria de llenguatge no sexista i inclusiu<sup>207</sup>, representant la diversitat i la interseccionalitat de les víctimes.

Respecte de la VR i quant als CNH, a causa de la seva relació amb pràctiques nocives, ha de considerar-se imprescindible treballar la sensibilització, en totes les **etapes educatives** l'educació en matèria de DSR i educació afectivo-sexual.

**Considerant les competències fonamentals de les entitats locals**, seria necessari considerar:

- la població infantojuvenil, a les famílies i al professorat, i per tant garantir aquest contingut en escoles infantils, col·legis i instituts i espais d'educació no formal

---

<sup>206</sup> Segons el Reial Decret Legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social.

<sup>207</sup> Com, per exemple, la Guia sobre gènere i discapacitat per a periodistes de FCPED, CODIP i COCEMFE (accés), la Guia Comunicació Inclusiva de l'Ajuntament de Barcelona (accés), Guia en Igualtat de tracte, mitjans de comunicació i comunitat gitana de FSG (accés) o la Guia Mitjans de comunicació i les persones refugiades d'ACNUR (accés).

(esportives, d'oci i temps lliure). En aquesta mateixa línia ha de garantir-se la formació en la matèria de les AMPAS, els Consells escolars, Serveis d'Inspecció Educativa o òrgans consultius i/o assessors<sup>208</sup>.

- Les activitats per a totes les edats de tipus cultural, recreatiu i de benestar social<sup>209</sup> que són entorns comunitaris privilegiats per a la intervenció social i la promoció de drets fonamentals.

Quant a la **formació dels i les professionals**, cada àmbit sectorial, requereix de processos i materials de capacitació a mesura, de qualitat i impartida per especialistes.

D'acord amb la Resolució de 16 de març de 2023, de la Secretaria d'Estat d'Igualtat i contra la Violència de Gènere, aquesta formació ha d'incloure's en els processos selectius de contractació de personal, per la qual cosa els temaris han d'actualitzar-se a totes les violències.

- Ha de ser «obligatòria, inicial i continuada» i ha de servir per a realitzar una «actuació amb enfocament de gènere, diligent, adequada i respectuosa per a la víctima, davant qualsevol forma de violència contra les dones».
- En l'àmbit local, ha de tenir-se en compte aquestes actualitzacions en els plans de formació contínua i noves contractacions.
- Els principals perfils professionals als dirigir aquesta formació són:
  - Professionals d'àmbits relacionats amb la prevenció i la detecció: personal sanitari i en concepte de SSR, d'igualtat, serveis socials, personal amb funcions d'atenció al públic.
  - Professionals que intervenen directament amb víctimes de violència: operadors jurídics, àmbit policial, serveis d'emergències, serveis especialitzats d'atenció i recuperació de víctimes de totes les formes de VCM, serveis socials comunitaris, serveis socials especialitzats del sistema de protecció a la infància i adolescència, i serveis d'ocupació.
  - Professionals que treballen amb poblacions vulnerables: promoció dels drets del poble gitano i antigitanisme, atenció a les discapacitats, inclusió social de persones

---

<sup>208</sup> Per exemple, amb aquests possibles continguts: drets de les dones, autoestima, autoconcepte i coneixement del cos, orientacions sexuals i identitats de gènere, DSR, Menstruació i, cuidats de SSR, preparació de la visita ginecològica, anticoncepció, bons tractes en la relacions afectivo-sexuals, VCM, pràctiques nocives.

<sup>209</sup> El citat «Catàleg» fa referència a l'educació de persones adultes, cursos tècnics, activitats i tallers vinculats a disciplines artístiques, culturals, especialitzades, activitats esportives, d'oci i temps lliure, etc.

migrants i protecció internacional, dones en situació de prostitució, víctimes de tràfic amb finalitats d'explotació sexual i explotació laboral.

Finalment, cal considerar en l'àmbit de la sensibilització que **l'intercanvi de bones pràctiques i el treball en xarxa**, l'ús de plataformes i recursos de la FEMP i altres federacions territorials, contribueixen positivament a la millora de la capacitat dels recursos locals.

Juntament amb aquestes, es recomana valorar les xarxes i pràctiques existents recollides en l'estudi (vegeu els capítols específics de l'anàlisi de pràctiques d'interès per a cada violència).

## 15.2. Atenció integral

### 15.2.1. Assistència social integral i reparació

Al llarg de l'estudi s'ha posat l'accent en les característiques de l'atenció integral i l'accessibilitat universal i cultural (vegeu el capítol 15 sobre aquest tema). Donades les característiques de les víctimes de VR i CNH, l'accessibilitat és un requisit imprescindible per a garantir l'atenció a les víctimes.

Sota la noció de «les víctimes» també s'inclouen nenes i adolescents, no només dones adultes.

El *Catàleg* indica una sèrie de recursos o serveis, que han de complir una sèrie de característiques, les quals poden han estat ampliadades per a garantir l'adequada atenció de les VR i CNH. Es tracta de tenir en compte el següent:

#### Característiques dels serveis:

- accessibilitat i disseny universal, tant el servei en si, com el seu entorn;
- gratuïtat, incloent-hi la de les figures professionals de suport a la comunicació (mediació comunicativa, cultural, logopèdia, traducció i interpretació);
- assegurances i que evitin la revictimització;
- confidencials, que garanteixin la intimitat i la dignitat de la víctima, dels fills i filles i menors a càrrec de les dones víctimes, així com per a altres nens, nenes i adolescents i joves víctimes.

Juntament amb l'anterior, el *Catàleg* indica que, per garantir l'accés efectiu de totes les víctimes, i amb especial referència a les residents en l'àmbit rural, s'hauran d'assegurar:

- accessibilitat universal dels serveis de traducció i interpretació.

- gestió dels serveis de transport segur per a les dones.
- suport a la conciliació i la cura dels fills i filles menors, o altres persones menors i majors que d'elles depenguin.

Igualment, l'assistència integral haurà de contemplar:

- assistència personal per a les dones amb discapacitat;
- adaptacions a les necessitats específiques que requereixin alguns grups de dones<sup>210</sup>.
- En relació amb els serveis de salut, es promourà que des del Sistema Públic de Salut es garanteixi la gratuïtat dels serveis sanitaris a les víctimes de totes les formes de violència contra les dones, i els seus fills i filles, amb independència de la seva situació administrativa. Aquí resulta imprescindible recordar que els serveis de SSR han d'estar en el centre de l'atenció.

#### Tipus de prestació de serveis

S'ha de garantir que les víctimes accedeixin als serveis de salut, les ajudes i prestacions per a l'autonomia econòmica i ocupació, els serveis de reparació integral i els especialitzats de suport, assistència i recuperació. El Catàleg indica que s'haurà de realitzar «protocols específics per a l'atenció, actuació sanitària i resposta multisectorial». En el moment de desenvolupament d'aquest diagnòstic aquests protocols no han estat elaborats pel sistema públic de salut.

La taula que es presenta a continuació recull els serveis oferts en el Catàleg i les seves **prestacions bàsiques** respecte d'aquesta assistència, a la qual tenen dret totes les víctimes:

Taula 7. Serveis i prestacions bàsiques d'Assistència social integral i reparació (Catàleg de referència de polítiques i serveis en matèria de violència contra les dones 2022)

Servei	Prestacions
Informació, assessorament i orientació	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informació sobre drets i recursos a la disposició de les víctimes, dels seus fills i filles, i familiars o entorn pròxim, si escau.</li> <li>• Atenció psicològica d'emergència que asseguri la contenció o acompanyament emocional.</li> <li>• Orientació jurídica.</li> </ul>

<sup>210</sup> El Catàleg fa referència a les necessitats de les víctimes del medi rural i a l'«adaptació dels serveis especialitzats a les necessitats específiques de les dones joves, de les dones majors, de les dones amb discapacitat, de les dones amb problemes d'addicció, de salut mental, de les dones sense llar o en risc d'exclusió social, per facilitar-hi l'accés i garantir la informació, l'assessorament, l'atenció i l'acompanyament psicològic, social i jurídic adequat en condicions d'igualtat» (pàgina 41824-41825).



Servei	Prestacions
Atenció i recuperació integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció i intervenció social, psicològica i altres actuacions d'emergència les 24 hores del dia.</li> <li>• Assessorament jurídic i de seguiment de les gestions i demandes en processos judicials i administratius que emprenguin les víctimes per a reclamar els seus drets.</li> <li>• Allotjament temporal segur, tant d'emergència com de llarga estada.</li> <li>• Assistència personal per a dones amb discapacitat.</li> </ul>
Atenció i recuperació integral especialitzats per a menors (*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció social i psicològica i d'acompanyament en el procés de recuperació integral dels fills i filles de les víctimes.</li> <li>• Atenció especialitzada a nenes.</li> <li>• Escolarització i prevenció i acció de l'abandó primerenc del sistema educatiu.</li> <li>• Ajudes i prestacions econòmiques, com ara les dirigides a la manutenció i necessitats educatives, i beques i ajudes per a l'estudi universitari en el cas de joves adults.</li> </ul>
Autonomia econòmica i ocupació	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudes i prestacions (**): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ urgents en casos d'emergència;</li> <li>○ per manca d'autonomia econòmica i ocupació;</li> <li>○ a l'habitatge (compra i lloguer).</li> </ul> </li> <li>• Serveis d'ocupació (programes d'inserció laboral i formació i inserció laboral)</li> </ul>
Salut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció sanitària, amb especial atenció a la salut mental, mitjançant l'atenció psiquiàtrica i psicològica fins a la total recuperació</li> </ul>
Reparació integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudes complementàries a manera d'indemnització i reparació per l'especificitat o gravetat de les seqüeles.</li> <li>• Finançament de tractaments sanitaris no contemplats però necessaris per a la reparació.</li> <li>• Serveis d'acompanyament a familiars i a l'entorn afectiu de les dones assassinades (***)</li> </ul>

Servei	Prestacions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparació social i simbòlica (homenatges, actes de reconeixement, accions de difusió pública, compromís col·lectiu, etc.)</li> <li>• Reinserció i prevenció de la reincidència de les persones condemnades (****).</li> </ul>

Font: Elaborat a partir del Catàleg aprovat per la Conferència Sectorial d'Igualtat (Tenerife, 22/07/2022).

Notes:

(\*) Es refereix a fills i filles, i altres nenes, nens i adolescents subjectes a la seva tutela, o guarda i custòdia de les dones víctimes, així com a nenes, nens i adolescents víctimes de la violència; i especialment en situació d'orfandat.

(\*\*) Que contribueixin a la seva autonomia econòmica i a l'emancipació de les relacions de violència promovent la compatibilitat de les mateixes i prioritzant-ne l'accés.

(\*\*\*) Amb la finalitat d'informar-los sobre els seus drets i acompanyar-los en el procediment, així com facilitar-los l'accés a pensions i prestacions d'orfandat, ajudes als sepelis, repatriació, beques i suport psicològic preferent entre altres, sense perjudici del que es disposa en els protocols i serveis per al cas de femicidis dels quals ja disposen les CA.

(\*\*\*\*) El Catàleg es refereix a condemnes per delictes relacionats amb la violència de gènere i contra la llibertat sexual, però podria fer-se extensible a altres formes de violència contra les dones.

Finalment, quant a **la reparació**, les entitats locals tindrien una major competència respecte a aquelles actuacions relacionades amb la rehabilitació i la reparació simbòlica de les víctimes (vegeu les recomanacions sobre aquest tema en el capítol 15.2.9).

### 15.2.2. Protecció i accés a la justícia

Davant qualsevol VCM ha de propiciar-se que les instal·lacions policials i judicials siguin **acollidores, segures i accessibles**. L'atenció a menors ha de realitzar-se per persones de referència especialitzades en gènere i infància. Així mateix, s'hauran de tenir en compte des del primer moment les professionals de suport a la comunicació.

Quant a **la protecció**, s'ha posat de manifest al llarg de l'estudi la necessitat prioritzar la producció d'informació sobre les necessitats de seguretat de les VR i VCNH; que ara com ara són **conegudes de manera insuficient**.

- És ineludible recordar que la seguretat és una necessitat per a qui interposa una denúncia o està davant una denúncia d'ofici, així com també per a qui no ho fa o renuncia a continuar amb un procediment penal. En qualsevol cas, la seguretat de les

víctimes hauria d'estar vinculada al desenvolupament d'un *pla de seguretat personalitzat* (PSP)<sup>211</sup>.

- L'actuació de les FCSE ha d'estar connectada als serveis socials i d'atenció especialitzada a través de diferents actuacions: els procediments de recollida de les denúncies, els procediments de recerca dels delictes, els mecanismes de protecció i ATENPRO (o altres dispositius anàlegs de les CA a través de les entitats locals).
- El sistema VIOGEN<sup>212</sup> del Ministeri de l'Interior no recull l'especificitat d'aquestes violències. Per tant, els serveis d'atenció especialitzada hauran de preveure altre tipus de coordinació amb les FCSE que actuïn en l'àmbit local per poder proporcionar la informació pertinent sobre la víctima i el seu entorn. Això resulta imprescindible per garantir l'eficàcia de la valoració policial del risc i la seva evolució.

En relació amb la justícia, l'assistència lletrada -per a qualsevol forma de VCM- ha d'estar garantida des del moment previ a la interposició de la denúncia.

- En el sistema d'atenció a Espanya, l'Oficina d'Assistència a les Víctimes<sup>213</sup> (.) té un paper clau. En aquest sentit, la OAV haurà de comptar amb personal format en les violències específiques (AEAF, GS i CNH) i treballar de manera coordinada amb la xarxa especialitzada disponible.
- En general, ha de facilitar-se que les víctimes puguin intervenir en els procediments judicials des dels llocs on es trobin rebent oficialment assistència; tractant d'evitar el seu desplaçament innecessari.
- D'altra banda, cal posar a la disposició de les víctimes que ho demandin, en qualsevol fase del procediment, l'acompanyament en els processos judicials, així com la no

---

<sup>211</sup> PSP fa referència, fonamentalment, a: Portar sempre un telèfon mòbil; Fer un ús segur de les noves tecnologies d'informació i comunicació i xarxes socials; Mesures d'autoprotecció personal amb caràcter general per a totes les víctimes; Planificació de rutina de fugida en cas d'intent de nova agressió; Mesures d'autoprotecció davant nova agressió només quan la víctima té menors al seu càrrec; Mesures d'autoprotecció només en cas que l'agressor hagi abandonat el domicili; Mesures d'autoprotecció només en el lloc de treball.

<sup>212</sup> El Sistema de Seguiment Integral en els casos de Violència de Gènere (Sistema VIOGEN), de la Secretaria d'Estat de Seguretat del Ministeri de l'Interior, es va posar en funcionament el 26 de juliol del 2007, en compliment del que s'estableix en la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere. L'evolució de VIOGEN és contemplar el conjunt de violències contra les dones.

<sup>213</sup> Ha d'haver-hi una mínim en cada província o divisió territorial específica de les CA. Actualment, el seu número és insuficient.

visibilitat ni confrontació amb la part denunciada<sup>214</sup>; la qual cosa en el cas de les víctimes de les violències que ens ocupen és especialment rellevant.

- Les Unitats de Valoració Integral Forense o sistemes anàlegs de cada comunitat autònoma haurien d'estar accessibles a totes les dones, en tots els partits judicials, en horari de 24 hores/7 dies a la setmana.
  - Això implica comptar amb equips amb especialització adequada en les violències que ens competeixen, i tan aviat com sigui possible institucionalment, també amb protocols d'actuació específics. Per a les VR implica mostrar una especial sensibilitat a la situació per la qual passen les víctimes i els riscos potencials de revictimització.
  - En el cas de les VR, seria necessari fer extensible la referència a casos de violència sexual, a la AEAF i GS, que es realitza en el Catàleg, on assenyalava la importància d'accedir a forenses i serveis de ginecologia i sexologia, en horari 24/7 hores, en número suficient i format. També l'assistència psicològica en cas de ser requerit.
- En el cas de dones estrangeres víctimes de VBH han de posar-se en marxa i agilitzar-se els procediments de protecció internacional, i el seu reconeixement com a dones refugiades.
- És important incloure procediments per a la personació per part de les CA i de l'AGE (en casos de femicidi, i altres manifestacions greus de violència). En aquest sentit, les autoritats locals també poden tenir un paper impulsor o demandant de tals accions davant les administracions supralocals o, en cas necessari liderar la intervenció jurídica en cooperació amb la Fiscalia i amb la representació de la família de la víctima.

### 15.3. Coordinació i protocols

**La centralitat dels drets de la víctima** i la seva autonomia és la que organitza tota intervenció institucional sobre la VCM.

- Amb independència de la seva titularitat i àmbit competencial, la intervenció ha de concebre's des de la integralitat, universalitat i accessibilitat, així com des de l'eficiència

---

<sup>214</sup> Ha de promoure's per tant les sales específiques per a víctimes en els edificis judicials, i els mitjans tecnològics per a la declaració per videoconferència i els suports comunicatius pertinents.

i l'eficàcia, la qual cosa implica prevenir la revictimització o victimització secundària de les dones que són ateses.

- La manera més eficaç és el treball coordinat mitjançant un òrgan i un instrument de referència; això és: un protocol (o protocols) que ajudi a ordenar els procediments d'intervenció i la coordinació entre actors, ja que contempla la derivació entre agents i recursos.

Tal com assenyala el Catàleg, la coordinació i col·laboració institucional contribueix a «evitar els feminicidis prioritàriament, també eliminar possibles duplicitats, minimitzar el risc de revictimització, i, en tot cas, garantir una actuació integral, personalitzada, especialitzada, àgil i immediata».

### 15.3.1. Òrgans de coordinació i col·laboració

En l'àmbit local, es parteix de la consideració que la **coordinació global** ha de realitzar-se per l'organisme, servei o àrea responsable de l'atenció a la VCM dins de l'àmbit de la promoció i garantia de la igualtat entre dones i homes en el govern local.

- Les seves funcions abasten també les d'impulsar les accions previstes en relació amb la detecció, prevenció, protecció, accés a la justícia i assistència integral, incloent-hi la reparació.
- En aquesta línia, la seva funció seria promoure la implantació i el seguiment al protocol i protocols sectorials en els àmbits necessaris (com ara: educatiu, sanitari, socioassistencial, policial, judicial, de l'advocacia i procuradoratge, formativolaboral etc.).

L'òrgan local pot consistir en un consell, taula de coordinació o espai anàleg que abasti l'àmbit territorial pertinent (municipal, comarcal, provincial, insular etc.).

- La representació ha de ser multidisciplinària i abastar a professionals de tots els àmbits que intervenen en la prevenció, la protecció i l'assistència a les víctimes, així com les entitats i associacions de la societat civil, que intervinguin en l'abordatge de les situacions de violència contra les dones. Que en el cas de la VR i els CNH implica ampliar la participació a totes les figures professionals que intervenen en l'atenció (veure punt anterior).
- Dependent de les característiques locals, el poder judicial pot tenir representació.

- Així mateix, ha de garantir-se un mecanisme de coordinació amb del departament de la comunitat autònoma corresponent competent en matèria d'igualtat i VCM, i de la Unitat de Coordinació o de Violència sobre la Dona de la Delegació o Subdelegació del Govern en el territori. Per exemple, a través d'un mecanisme estable d'informació de les convocatòries i actes de reunions, o la participació dels i les representants supralocals pertinents.
- En cas de no formar part de l'òrgan de coordinació municipal, s'haurà de preveure la coordinació amb les associacions de dones, entitats del moviment associatiu feminista i organitzacions no governamentals que treballen directament en relació amb la VR i VCN i les seves poblacions més vulnerables. No obstant això, l'ideal és que participin activament en l'òrgan local.
- El procediment de funcionament d'aquest òrgan ha d'incloure la convocatòria de Comitès de Crisis, o grups de treball amb funcions anàlogues per a situacions excepcionals que permetin millorar la resposta institucional.
- Sempre hi haurà un comitè de crisi en el cas de femicidis, que haurà de coordinar-se o sumar-se a aquells que posi en marxa la comunitat autònoma, juntament amb la DGVG<sup>215</sup>.
- Finalment, entre les àrees i professionals que prenen part de l'espai local de coordinació, és important l'intercanvi i difusió de bones pràctiques, protocols sectorials, guies i mapes de recursos, és un component a tenir en compte dins de la coordinació. Vegeu el comentari anterior sobre el treball en xarxa pel que fa a la prevenció.

L'**actuació supralocal** és determinant per impulsar l'acció transversal sobre les violències, tant en termes de finançament com consolidació del marc institucional de referència.

- En aquest sentit, des de l'àmbit local, és necessari prendre una perspectiva d'actualització constant sobre el futur desenvolupament que prenguin les polítiques públiques en relació amb les violències reproductives en l'àmbit de l'AGE i respecte de les Comunitats Autònomes. En totes elles, regeix el principi de coordinació amb les entitats locals, fonamentalment a través de la FEMP (i associacions anàlogues en els diferents territoris autonòmics).

---

<sup>215</sup> El Catàleg assenyala sobre aquest tema que «Es promourà que en ells hi siguin presents representants de totes les institucions d'àmbit autonòmic i/o local amb competències en la matèria de violència contra les dones, juntament amb el poder judicial i la fiscalia en el territori» (Pàg. 41830).

### 15.3.2. Protocols i eines anàlogues

L'ideal seria comptar amb un protocol a cada comunitat autònoma que ordeni i faciliti la coordinació interinstitucional de les actuacions i del treball en xarxa en matèria de VCM<sup>216</sup>, que contempli de manera específica la VR i els CNH. A més, aquestes violències haurien de ser presents explícitament en altres protocols, ja que són concomitants a altres maneres d'expressió de la violència masclista. Malgrat la falta d'un marc institucional més exhaustiu, l'actuació local pot desenvolupar-se amb amplitud.

La política local en matèria d'igualtat sempre ha donat exemples pioners i inspiradors de polítiques públiques per a altres nivells supralocals<sup>217</sup>, també respecte a les violències masclistes. És per això que s'ha proposat aquest model o conjunt de pautes per al seu desenvolupament en l'àmbit local.

Certament, tant la manca de dades com la manca d'un marc institucional consolidat dificulta la *protocol·lització*, per la qual cosa aquesta proposta ha de prendre's com **un model obert al debat, l'experimentació i la modificació**.

Tot protocol ha de fonamentar-se en un **principi d'actuació**; han estat exposats detalladament (vegeu capítol 15) en el capítol de propostes per a la intervenció. En general, es refereixen a: la centralitat dels drets, l'autonomia de la víctima i l'accessibilitat universal (amb els suports tècnics necessaris).

Quant a la intervenció amb la víctima, els seus fills i filles, ha de ser sempre individualitzada i articulada a partir d'un **pla d'atenció personalitzada**<sup>218</sup>.

---

<sup>216</sup> Els protocols autonòmics s'actualitzen en funció de la normativa vigent. La seva compilació pot consultar-se en els organismes d'igualtat autonòmics amb competències en matèria de violència contra les dones i a la pàgina web de la Delegació del Govern contra la Violència de Gènere.

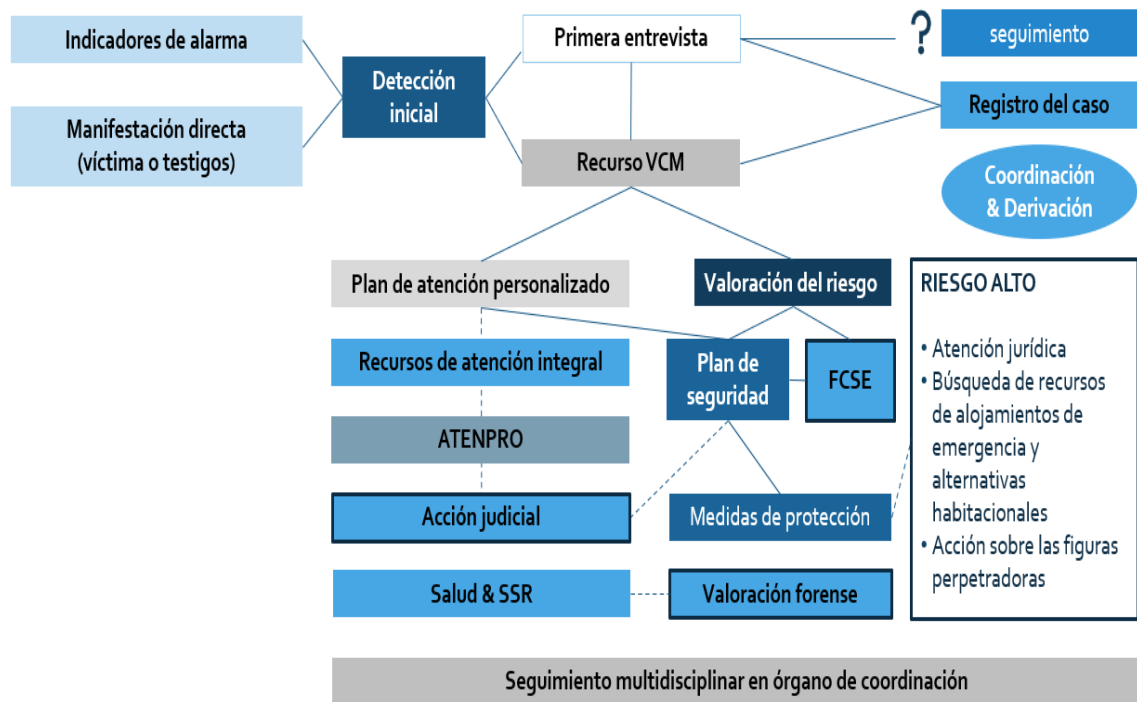
<sup>217</sup> Vegeu, per exemple, l'acció de la FEMP i la d'altres associacions de municipis i províncies en el territori espanyol, que han proposat models locals d'actuació i protocols en matèria d'igualtat i contra la violència contra les dones (Guilló, et al. 2022).

<sup>218</sup> Existeixen pautes generals i alguns models d'implementació proposats per algunes CA, vegeu sobre aquest tema: DVGC (2014). Proposta de pautes per a la intervenció integral i individualitzada amb dones víctimes de violència de gènere, els seus fills i filles i altres persones al seu càrrec. Document en línia (accés); DGVG (2012?) Proposta comuna per a la millora de la coordinació institucional i la posada en marxa d'un pla personalitzat d'atenció a les víctimes de violència de gènere. Document en línia (accés). Direcció General de Dona (2017). Manual Pla d'Atenció Personalitzada per a víctimes de Violència de gènere. Edició amb pautes d'atenció a dones amb discapacitat. Conselleria de Família i Igualtat d'Oportunitats, Comunitat Autònoma de la Regió de Múrcia. Document en línia (accés).

Tal com ha estat explicat al llarg del capítol, quant als **itineraris i procediments d'intervenció** en situacions de VR i CNH, les competències i responsabilitats de les institucions estan determinades pels drets de les víctimes i la garantia als serveis del Catàleg (2022).

Pel que fa a les propostes a les quals s'ha fet al·lusió al llarg del treball, una vegada més indiquem que tenen un caràcter experimental i obert a la discussió. En el següent esquema es resumeix de manera gràfica un model bàsic d'intervenció.

Il·lustració 12. Esquema d'un model bàsic d'acció





## IV. BIBLIOGRAFIA I ANNEXOS

## 16. Bibliografía

Abell-Selby, E. (2019). Power in the Face of Indian Surrogacy. *Somatosphere*. Retirado en abril 2023. <http://somatosphere.net/2019/power-in-the-face-of-indian-surrogacy.html/>

Albert Márquez, M. (2017). La explotación reproductiva de mujeres y el mito de la subrogación altruista. Una mirada global al fenómeno de la gestación por sustitución. *Cuadernos de Bioética*, 28(93), 177-198. Retirado en abril 2023. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059683>

Albert, G.; Szilvasi, M. (2017). Intersectional Discrimination of Romani Women Forcibly Sterilized in the Former Czechoslovakia and Czech Republic. *Health Hum Rights*19(2) :23-34

Alcedo Rodríguez, M. A., León Aguado Díaz, A. y Arias Martínez, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual, *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(142). Retirado en abril 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2089344>

AlQahtani, S. M., Almutairi, D. S., BinAqeel, E. A., Almutairi, R. A., Al-Qahtani, R. D., & Menezes, R. G. (2022). Honor Killings in the Eastern Mediterranean Region: A Narrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(1), 74. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010074>

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR). (s.f.). Prácticas nocivas, especialmente el matrimonio forzado y la mutilación genital femenina, en Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, *Derechos humanos de las mujeres*. Retirado en junio 2023. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_Harm\\_Pract\\_WEB\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Harm_Pract_WEB_SP.pdf)

(OHCHR). (2023). Migrantes en situación de vulnerabilidad. El ACNUDH y la migración. Retirado julio 2023 <https://www.ohchr.org/es/migration/migrants-vulnerable-situations>

Alto Comisionado de Naciones Unidas para los refugiados (UNHCR- ACNUR). (2019). Matrimonio infantil: la realidad de millones de niñas y niños. Retirado en junio 2023, [https://eacnur.org/es/blog/matrimonio-infantil-la-realidad-de-millones-de-ninas-y-ninos-tc\\_alt45664n\\_o\\_pstn\\_o\\_pst](https://eacnur.org/es/blog/matrimonio-infantil-la-realidad-de-millones-de-ninas-y-ninos-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst)

UNHCR- ACNUR. (2002). Directrices sobre Protección Internacional: La persecución por motivos de género en el contexto del Artículo 1A(2) de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados, y/o su Protocolo de 1967. HCR/GIP/02/01. Retirado en mayo 2023 <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1753.pdf>

Altundağ, S., Çalbayram, NÇ. (2016) Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students, *Journal of Clinical Nursing*, 25 (13-14). Retirado en marzo 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104653/>

Amnesty International (2013). Forced sterilization of Romani women: «We have succeeded by speaking out». March 21, 2013. Campaigns. Retirado en abril 2023 <https://www.amnesty.org/en/latest/campaigns/2013/03/we-have-succeeded-by-speaking-out/>

(2019). Miles de casos sobre esterilizaciones forzadas de mujeres indígenas y campesinas quedarían en la impunidad. Noticia online. Retirado en mayo 2023 <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/miles-de-casos-sobre-esterilizaciones-forzadas-de-mujeres-indigenas-y-campesinas-querarian-en-la-imp/>.

(2021). Czech Republic: Hard won justice for women survivors of unlawful sterilization. July 22, 2021. Press release. Retirado abril 2023 <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2021/07/czech-republic-hard-won-justice-for-women-survivors-of-unlawful-sterilization/>

Anukriti, S., Bhalotra, S. y Tam, E.H.F. (2020). On the quantity and quality of girls: Fertility, parental investments and mortality. World Bank Group. Development Economics. Policy Research Working Paper 9390. Retirado en junio 2023 <https://documents1.worldbank.org/curated/en/251111599659492315/pdf/On-the-Quantity-and-Quality-of-Girls-Fertility-Parental-Investments-and-Mortality.pdf>

Anukriti, S.; Bussolo, Maurizio y Sinha, Nistha (2021). Son preference: Why we should care about it. World Bank Blog, 19 Octubre 2021. Retirado en abril 2023 <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/son-preference-why-we-should-care-about-it>

Aparisi Miralles, A. (2017). Maternidad subrogada y dignidad de la mujer. Cuadernos de Bioética, 28(93), 163-176. Retirado en mayo 2023. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059682>

Asamblea General de Naciones Unidas (2018). Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la

pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños. Retirado en abril 2023.  
[https://documents-dds-](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/007/74/PDF/G1800774.pdf?OpenElement)

[ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/007/74/PDF/G1800774.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/007/74/PDF/G1800774.pdf?OpenElement)

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2010). Prenatal sex selection. Committee on Equal Opportunities for Women and Men. Report | Doc. 12715 | 16 September 2011. Retirado en junio 2023 <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=13158&lang=en>

Asensio, A., Nebot, L., Estruga, L., Pérez, G. y Diez, E. (2019). Anticoncepción en la población gitana residente en dos barrios con bajo nivel de renta en Barcelona, *Gaceta Sanitaria*, 33(2). Retirado en abril 2023 [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So213-9112019000200119](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So213-9112019000200119)

Asociación de Investigación y Especialización Sobre Temas Iberoamericanos (AIETI) - Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. (2020). Mujeres migrantes víctimas de violencia de género en España. 2º informe. Retirado marzo 2023 [https://aieti.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento\\_2DO-.pdf](https://aieti.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento_2DO-.pdf)

Balaguer, María Luisa (2017). *Hij@s del mercado. La maternidad subrogada en un Estado Social*, Madrid: Cátedra.

Bartolomé Esteban, C.; Guilló Girard, C.I.; de Gracia Palomera, D.; Velasco Gisbert, M.L.; (RED2RED). (2023). *Violencia económica contra las mujeres en sus relaciones de pareja o expareja*. Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (pendiente de publicación).

Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93–111. Retirado abril 2023 <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>

Benson Gold, R. (2014). Guarding Against Coercion While Ensuring Access: A Delicate Balance, *Guttmacher Policy Review*, 17(3). Retirado mayo 2023 <https://www.guttmacher.org/gpr/2014/09/guarding-against-coercion-while-ensuring-access-delicate-balance>

Betran, A.P., Ye, J., Moller, A.B., Souza, J.P. y Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* 6. Retirado en mayo 2023 <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>

Blanc-Petitjean, P., Dupont, C., Carbonne, B., Salomé, M., Goffinet, F. y Le Ray, C. (2021). Methods of induction of labor and women's experience: a population-based cohort study with mediation analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21(1):621. Retirado en abril 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34521377/>

Braglia, C. y Nicolini, L. (2018). Consideraciones sobre el índice de masculinidad al nacer en España. *Antropo*, 39, 25- 33. Retirado en mayo 2023 <http://www.didac.ehu.es/antropo/39/39-02/Braglia.pdf>

Boldova Pasamar, M.A. (2012). Comentario a la ponencia del Dr. Luis Greco, «asesinatos por honor en el derecho penal alemán, Fundación Manuel Giménez Abad, Jornadas La neutralidad del Estado y el papel de la religión en la esfera pública en Alemania, celebradas los días 20 y 21 de marzo de 2012. Retirado junio 2023, <https://www.fundacionmgimenezabad.es/es/documentacion/asesinatos-por-honor-en-el-derecho-penal-aleman>

Cáceres Lara, M. (2018). Legislación comparada sobre gestación subrogada en el continente americano. Retirado en junio 2023 [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26024/1/BCN\\_gestacion\\_subrogada.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26024/1/BCN_gestacion_subrogada.pdf)

Caminando Fronteras. (2022). Informe Víctimas de la necrofrontera 2018-2022. Por la memoria y la justicia. Retirado julio 2023 <https://caminandofronteras.org/wp-content/uploads/2023/01/Informe-Victimas-de-la-necrofrontera-2018-2022.-Por-la-memoria-y-la-justicia-ES.pdf>

Caminando Fronteras. (2023). Informe Monitoreo del derecho a la vida – Primer Semestre 2023. Retirado agosto 2023 <https://caminandofronteras.org/monitoreo/monitoreo-derecho-a-la-vida-primer-semester-2023/>

Capobianchi, A., Muratore, M. G., & Villante, C. (2023). Using Big Data to study violence against women and girls and its challenges online. Retirado en junio 2023 <https://unece.org/statistics/documents/2023/05/working-documents/using-big-data-study-violence-against-women-and>

Casciano, A. (2018). La subrogación en la maternidad. Fenomenología de una interacción humana despersonalizadora. *Cuadernos de Bioética*, 29(95), 39-56. Retirado en mayo 2023 <https://www.redalyc.org/journal/875/87554503003/87554503003.pdf>

Castellanos-Torres E. (2023). El discurso de las mujeres con discapacidad en torno al ejercicio de la maternidad y su derecho a formar una familia. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Castellanos-Torres, E. (2020b). La violencia sexual en las mujeres con discapacidad intelectual. Fundación CERMI Mujeres. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad.

Castellanos-Torres, E. (2020). El derecho a la salud de las mujeres y niñas con discapacidad. Informe de Derechos Humanos 2019. Colección Generosidad nº12. Fundación CERMI Mujeres, CERMI. Editorial Cinca.

Castellanos-Torres, E. (2020a). Mujer, discapacidad y violencia de género. Federación de Mujeres Progresistas. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad.

Castellanos-Torres, E.; Fernández Sáez, J.; Rubio Ramírez, M. (2022). Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la Macroencuesta 2019. Colección Generosidad nº16. Fundación CERMI Mujeres. Editorial Cinca.

Cenarro Lagunas, A. (2018) Visibilización, revisión y nuevas perspectivas: la historia de las mujeres y del género en la dictadura de Franco, en Ortiz Heras, M. (coord.). (2018). ¿Qué sabemos del franquismo?: estudios para comprender la dictadura de Franco. págs. 189-209

Center for Bioethics and Culture (CBC). (s.f.). Three Things You Should Know About Surrogacy. Retirado junio 2023 [https://cbc-network.org/wp-content/uploads/2022/02/3\\_Things\\_You\\_Should\\_Know\\_About\\_Surrogacy-Center\\_for\\_Bioethics\\_and\\_Culture.pdf](https://cbc-network.org/wp-content/uploads/2022/02/3_Things_You_Should_Know_About_Surrogacy-Center_for_Bioethics_and_Culture.pdf)

Coalición Internacional por la Abolición de la Maternidad Subrogada [CIAMS] (2020). Convención Internacional Feminista para la Abolición de la Gestación por Sustitución. Retirado en julio 2023 <http://abolition-ms.org/es/actualites/convencion-internacional-para-la-abolicion-de-la-gestacion-por-sustitucion/>

[CIAMS] (2022). Crítica feminista a los principios de Verona. Retirado mayo 2023. <http://abolition-ms.org/es/nuestras-acciones/documento-critico-sobre-los-principios-de-verona/>

Comitè Económico y Social Europeo [CESE] (2022). Dictamen del Comitè Económico y Social Europeo sobre la propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la lucha

contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Retirado en junio 2023.  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022AE1395&from=ES>

Comisión de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género del Parlamento Europeo. (2021). Informe A9-0169/2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres 21.5.2021 - (2020/2215(INI)) (Pg\_TA(2021)0314). Retirado en abril 2023 [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0169\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0169_ES.html)

Comisión Europea (2020). Tercer informe sobre el progreso en la lucha contra la trata de seres humanos (2020) con arreglo a lo exigido en virtud del artículo 20 de la Directiva 2011/36/UE relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y la protección de las víctimas. Retirado en abril 2023. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DCo661&qid=1689329832587>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2019). Comunicado de prensa N°:010/19. CIDH expresa su profunda preocupación por los reclamos de esterilizaciones forzadas contra mujeres indígenas en Canadá. Retirado en mayo 2023 <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2019/010.asp>

Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad -CRPD. (2014). Debate General Sobre Mujeres y Niñas con Discapacidad. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer [CEDAW] (1994). Recomendación General N° 21: la igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares. 13º período de sesiones (04/02/1994). Naciones Unidas. Retirado en mayo 2023 <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw/general-recommendations>

Congreso de los Diputados (2017). Subcomisión para un Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. Informe final. Retirado en junio 2023 [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/PactodeEstado\\_Congreso.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/PactodeEstado_Congreso.pdf)

Consejo de Europa (1999). Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación a la aplicación de la Biología y la Medicina. Retirado en marzo 2023 <https://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention>

(2023). Libre de miedo, libre de violencia. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Convenio de Estambul. Prens 067123. Retirado en marzo 2023 <https://rm.coe.int/1680464e73>

Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) (2016). STS 5375/2016. Tribunal Supremo. Sala de lo social. Retirado en mayo 2023.

<https://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdf&database=match=TS&reference=7895650&links=maternidad%20y%20gestacion%20subrogada%20%223818%2F2015%22&optimize=20161222&publicinterface=true>

Council of Europe (COE). (2023) Istanbul Convention: Crimes committed in the name of so-called «honour». Retirado junio 2023, [www.coe.int/conventionviolence](http://www.coe.int/conventionviolence)

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, *University of Chicago Legal Forum*, 1989, pp. 139-16.

Cruz Pérez, M.P. (2004) Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura*, (22),147-160. ISSN: 0188-7742.

Dandona, R., Dandona, L., Kumar, G. A., Gutierrez, J. P., McPherson, S., Samuels, F., Bertozzi, S. M., & ASCI FPP Study Team (2006). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC international health and human rights*, 6, 5. Retirado en abril 2023 <https://doi.org/10.1186/1472-698X-6-5>

Das Gupta, M.; Zhenghua, J.; Bohua, L.; Zhenming, X.; Chung, W.; & Hwa-Ok, B. (2003) Why is Son preference so persistent in East and South Asia? a cross-country study of China, India and the Republic of Korea, *The Journal of Development Studies*, 40:2, 153-187, DOI: 10.1080/00220380412331293807

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [DGVG] (2013). *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016)* Madrid: Ministerio de Igualdad.

[DGVG] (2019). Disponible refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de violencia de género (Congreso + Senado). Retirado marzo 2023. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento\\_Refundido\\_PEVG\\_2.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf)

[DGVG] (2022). *Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas (2022-2025)*. Retirado marzo 2023. Retirado en marzo 2023. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planActuacion/estrategiasEstatales/combatiViolenciaMachista/estrategia\\_2022\\_2025.htm](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planActuacion/estrategiasEstatales/combatiViolenciaMachista/estrategia_2022_2025.htm)



[DGVG] (s.f.). Mujeres extranjeras: Derecho a la protección internacional. Información útil para la mujer y su entorno. Retirado julio 2023 (acceso).

Denzin, N.K. (2017). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. 2nd edition. New York: Routledge

Dirección General de la Policía. (2023). Códigos electrónicos: Código de Violencia de Género y Doméstica. Edición actualizada a 25 de julio de 2023. Ministerio del Interior- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Retirado en agosto 2023. [https://www.boe.es/biblioteca\\_juridica/codigos/codigo.php?id=200&nota=1&tab=2](https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=200&nota=1&tab=2)

Dirección General del registro y el Notariado [DGRN] (2010). Instrucción de 5 de octubre de 2010, de la Dirección General del Registro y el Notariado, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución. Retirado en junio 2023. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/10/07/pdfs/BOE-A-2010-15317.pdf>

Dirección General del registro y el Notariado [DGRN] (2019). Instrucción de 18 de febrero de 2019, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre actualización del régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución. Retirado en junio 2023 [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-2367](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-2367)

Dirección General de Sanidad. Ministerio de Sanidad. (2022). Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2021. Madrid: Ministerio de Sanidad. Retirado en mayo 2023 [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2021.pdf)

El Mundo (2023). Gestación subrogada en el mundo: en qué países es legal y dónde está prohibida. Retirado en abril 2023. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/03/29/6423eab221efa052758b459b.html#:~:text=Canad%C3%A1%2C%20Estados%20Unidos%2C%20Rusia%2C,est%C3%A1%20prohibida%20la%20gestaci%C3%B3n%20subrogada.>

Ercan, Selen A. (2014) *Same Problem, Different Solutions: The Case of 'Honour Killing' in Germany and Britain*. Macmillan Publisher Limited. Retirado mayo 2023, [https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137289568\\_10](https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137289568_10)

ESPAÑA. Tribunal Constitucional. (2023). Nota Informativa Núm. 32/2023. El pleno del TC afirma que la constitución reconoce a la mujer el derecho a decidir libremente sobre la continuación del embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación. Gabinete del

Presidente: Oficina de Prensa. Retirado en junio 2023  
[https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP\\_2023\\_032/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2032-2023.pdf](https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2023_032/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2032-2023.pdf)

ESPAÑA. Tribunal Constitucional. (2023). Pleno. Sentencia 44/2023, de 9 de mayo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4523-2010 (ECLI:ES:TC:2023:44), BOE Núm. 139, del 12 de junio de 2023, sección del Tribunal Constitucional. Retirado en junio 2023  
<https://www.boe.es/boe/dias/2023/06/12/pdfs/BOE-A-2023-13955.pdf>

Europa Press (2023). Una veintena de organizaciones sociales especializadas en materia de migración han presentado este jueves ante la Comisión Europea una queja en la que denuncian el "colapso" del sistema de citas para solicitar protección internacional o asilo en España. Retirado julio 2023 <https://www.europapress.es/epsocial/migracion/noticia-ong-migrantes-denuncian-comision-europea-colapso-sistema-citas-solicitar-asilo-espana-20230622134323.html>

European Council on Refugees and Exiles (ECRE). (2019). UN: Huge Risks at Land and Sea Routes – Resettlement Places in Dire Need. Retirado junio 2023 <https://ecre.org/un-huge-risks-at-land-and-sea-routes-resettlement-places-in-dire-need/>

European Parliamentary Research Service (EPRS). (2015). Combating 'honour' crimes in the EU. Retirado junio 2023, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS\\_BRI\(2015\)573877](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2015)573877)

Farhud D.D., Zokaei, S., Keykhaei, M. y Yeganeh M.Z. (2019). Strong Evidences of the Ovarian Carcinoma Risk in Women after IVF Treatment: A Review Article. *Iran Journal Public Health*. 48(12):2124-2132. Retirado en junio 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31993380/>

Federación de Planificación Familiar Estatal [FPFE] (2010). Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos. Madrid: FPFE. Retirado en junio 2023 <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD11426.pdf>

Federación Internacional de Planificación de la Familia [IPPF] (2010). Derechos Sexuales: una declaración de IPPF Guía de bolsillo. Londres, Reino Unido: IPPF. Retirado en junio 2023 [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_pocket\\_guide\\_spanish.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf)

Fernández-Martorell, M. (2018). Capitalismo y cuerpo: Crítica de la razón masculina. Barcelona: Cátedra

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]-Argentina (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Retirado en marzo 2023 [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos\\_sexuales\\_y\\_embarazo\\_forzado.\\_lineamientos.\\_anexo.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos_sexuales_y_embarazo_forzado._lineamientos._anexo.pdf)

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2014). Programme of Action of the International Conference on Population Development. Cairo, 5–13 September 1994 20th Anniversary Edition. Retirado en junio 2023 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web%20ENGLISH.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf)

[UNFPA] (2018). Jóvenes con discapacidad: estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y lograr la salud y derechos sexuales y reproductivos. Nueva York: UNFPA. Retirado en junio 2023 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_Global\\_Study\\_on\\_Disability\\_Report\\_SP.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Report_SP.pdf)

[UNFPA] (2018b) Mujeres y jóvenes con discapacidad. Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Nueva York: UNFPA. Retirado en junio 2023 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Disability\\_Guidelines\\_in\\_Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Disability_Guidelines_in_Spanish.pdf)

[UNFPA] (2018c). Mujeres y jóvenes con discapacidad. Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

[UNFPA] (2020). Estado de la Población Mundial 2020. Contra Mi Voluntad. Nueva York: UNFPA. Retirado en mayo 2023 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2020\\_ES\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial2.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2020_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial2.pdf)

[UNFPA] (2020b). Preguntas frecuentes sobre la mutilación genital femenina (MGF). Retirado en junio 2023, <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilacion-genital-femenina-mgf#se-puede-condenar>

[UNFPA] (2021). Estado de la población mundial 2021. Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación. Nueva York: UNFPA. Retirado en junio 2023 [https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mi\\_cuerpo\\_me\\_pertenece-reclamar\\_el\\_derecho\\_a\\_la\\_autonomia\\_y\\_la\\_autodeterminacion.pdf](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mi_cuerpo_me_pertenece-reclamar_el_derecho_a_la_autonomia_y_la_autodeterminacion.pdf)

[UNFPA] (2022). Estado de la Población Mundial 2022. Visibilizar lo invisible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. Nueva York: UNFPA. Retirado en junio 2023 <https://www.unfpa.org/es/swp2022>

[UNFPA] (2022b). Selección de sexo con sesgo de género. Retirado en mayo 2023 <https://www.unfpa.org/gender-biased-sex-selection#readmore-expand>

[UNFPA] (2022c). La menstruación y derechos humanos - Preguntas frecuentes. Retirado en abril 2023 <https://www.unfpa.org/es/menstruacion-preguntas-frecuentes>

[UNFPA] (2023). Curbing the alarming rates of maternal and newborn deaths: UNFPA and partners call for urgent action to invest in midwifery. Retirado en junio 2023 <https://esaro.unfpa.org/en/news/curbing-alarming-rates-maternal-and-newborn-deaths-unfpa-and-partners-call-urgent-action-invest>

[UNFPA] (2023b). Estado de la Población Mundial 2023. 8.000 millones de vidas, Infinitas posibilidades. Argumentos a favor de los derechos y libertades. Nueva York: UNFPA. Retirado en julio 2023, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/swop23/SWOP2023-SPANISH-230403-web.pdf>

Franco Rebollar, P.; Guilló Girard, C.I. (2012). ¿Qué pasa fuera de las ciudades? Violencia de género y ruralidad, *Revista europea de derechos fundamentales*, 19 (Ejemplar dedicado a: Género, desigualdad y violencia), págs. 215-244. Retirado en mayo 2023, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4055504>

Freixes Sanjuán, T. (2022). Estudio sobre el impacto de la propuesta de Directiva de la Comisión Europea sobre violencia contra las mujeres. Lobby Europeo de Mujeres en España -LEM España-. Retirado en mayo 2023 <https://asociacionportimujer.org/estudio-sobre-el-impacto-de-la-propuesta-de-directiva-de-la-comision-europea-sobre-violencia-contra-las-mujeres/>

Fundación CERMI Mujeres (2018) Poner fin a la esterilización forzada de las mujeres y niñas con discapacidad. Colección Generosidad nº7. Fundación CERMI Mujeres, CERMI. Foro Europeo de la Discapacidad. Editorial Cinca

Fundación CERMI Mujeres (2023) Derechos humanos de las mujeres y niñas con discapacidad: Informe España 2022. Colección Generosidad nº19. Fundación CERMI Mujeres, CERMI. Foro Europeo de la Discapacidad. Editorial Cinca Cole

Bernard, S. (2012). *Combatir los crímenes de honor en Europa. Manual para responsables políticos, instituciones y la sociedad civil*. Suiza: Fundación SURGIR. Retirado en mayo 2023, [www.surgir.ch](http://www.surgir.ch)

Girls Not Brides. (2023). 10 Gender-Transformative Actions you can take now to end child marriage. Retirado en junio 2023, <https://www.girlsnotbrides.es/articulos/10-gender-transformative-actions-you-can-take-now-to-end-child-marriage/>

Galdós Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3). Retirado en junio 2023 [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014)

Gammeltoft, T.M.; Wahlberg, A. (2014). Selective Reproductive Technologies, *Annual Review of Anthropology* 43: 201–216.

García Medina, J. (2017). Sujetos vulnerables en la trata de seres humanos. Los casos de México y España, *Trayectorias Humanas Transcontinentales TraHs*, 1 (Poblaciones Vulnerables y Derechos Humanos). Retirado en mayo 2023. <https://www.scielo.br/jj/reben/a/YGzfv48vtQ48HHmnZshMTVM/?lang=es>

González, F., Guerrero, S.G., Hernández, P., Holgado, L., Ingelmo, L.A., Justo, L., Lázaro, D., López, N.; Lucas, C.I.; Martín, T.; Mateos, I.; Mateos, A. (2021). TEDH y gestación por sustitución. Seminario. Universidad de Salamanca. Retirado en mayo 2023. <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/145480/Seminario%20wiki%20definitivo%20TEDH%20y%20GS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez, L., Seva A.M., Hellín M.F., Roldán M.D., Paredes P., Iglesia E., Ruíz, G. y Navarro, F.J. (2022). Analysis of midwives' situation and the need to measure their workloads. *Revista Brasileira de Enfermagem* 75(3). Retirado en marzo 2023. <https://www.scielo.br/jj/reben/a/YGzfv48vtQ48HHmnZshMTVM/?lang=es>

González-Prieto, Ángel & Bru, Antonio & Nuño, Juan & González, José. (2021). Machine learning for risk assessment in gender-based crime. Retirado en abril 2023 <https://arxiv.org/pdf/2106.11847.pdf>

Gonzalez López, N. (2017). *Vientres de alquiler*. Editorial LoQueNoExiste

González López, N. (2021). *Vientres de alquiler: La Mala gente*. Eola Ediciones.

Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO) (2020) Primer Informe de Evaluación GREVIO sobre España. Retirado en marzo 2023 <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcoInternacional/informesGREVIO/docs/InformeGREVIOEspana.pdf>

Guerra Palmero, M. J. (2018). Contra la mercantilización de los cuerpos de las mujeres. La «gestación subrogada» como nuevo negocio transnacional. *Dilemata*, (26), 39-51. Retirado en abril 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278543>

Guerrero-Sotelo, RN; Hernández-Ramírez, JC; Hernández-Arzola, LI; Aragón-González, GR. (2019). Categorías conceptuales de la violencia obstétrica, *Avances en Ciencia, Salud y Medicina* 7(1):23-32. Retirado en mayo 2023 [https://www.researchgate.net/publication/338434578\\_Categorias\\_conceptuales\\_de\\_la\\_violencia\\_obstetrica](https://www.researchgate.net/publication/338434578_Categorias_conceptuales_de_la_violencia_obstetrica)

Guilló Girard, C.I.; Nuño Gómez, L.; Franco Rebollar, P. (2010). Fronteras culturales de la ruralidad. La opinión de las mujeres rurales sobre la violencia. *Investigaciones multidisciplinares en género: II Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*, [libro de actas], pp. 469-493. Retirado julio 2023, <https://idus.us.es/handle/11441/40298>

Guilló Girard, C. I. (2018). El sentido de ser víctima y la víctima como sentido: tecnologías de enunciación de la violencia de género. Tesis doctoral dirigida por Amparo Serrano Pascual (Dir. tes.), Laura Nuño Gómez (Dir. tes.). Universidad Complutense de Madrid. Retirado en abril 2023 <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5d1ffb2f2999521e412de35f>

Guilló Girard, C.I.; Bartolomé Esteban, C.; Suso Araico, A. (RED2RED). (2022). Guía de Buenas prácticas para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito local. Instituto de las Mujeres (Ministerio de Igualdad). Retirado en julio 2023 [https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/Guia\\_de\\_buenas\\_practicas.pdf](https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/Guia_de_buenas_practicas.pdf)

Hernández, A. y Santiago, J.L. (2011). Ley de Maternidad subrogada del Distrito Federal. Retirado en abril 2023 [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332011000300011](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332011000300011)

Hesketh, T.; Lu, L., & Xing, Z. W. (2011). The consequences of son preference and sex-selective abortion in China and other Asian countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal* =

journal de l'Association medicale canadienne, 183(12), 1374–1377. Retirado en marzo 2023  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.101368>

Hesketh, T.; Xing, Z. W. (2006). Abnormal sex ratios in human populations: causes and consequences. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(36), 13271–13275. Retirado en marzo 2023  
<https://doi.org/10.1073/pnas.0602203103>

Collins, P.H. (1990), *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*, Unwin Hyman, Boston.

Collins, P.H.; Bilge, S. (2019). *Interseccionalidad*. Madrid: Ediciones Morata.

Holguín, D. (2020). «Fábrica de bebés»: Violaban a mujeres y vendían a sus hijos en Nigeria. *Vistazo*. Retirado en abril 2023 <https://www.vistazo.com/actualidad/internacional/fabrica-de-bebes-violaban-mujeres-y-vendian-sus-hijos-en-nigeria-MDVI213096>

Holla, J.; Smits, J. (2018) *Life after violence. A study on how women with intellectual disabilities cope with violence they experienced in institutions*. LFB. Inclusion Europe. Retirado en mayo 2023 [https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2019/02/LAV-Publication\\_web.pdf](https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2019/02/LAV-Publication_web.pdf)

Infantes Capdevila, G. (2021). Un año sin esterilizaciones forzosas a mujeres con discapacidad en España: la atrocidad que se prohibió 12 años tarde. *Reportajes*. 31/12/2021. *Newtra.es*. Retirado en julio 2023 <https://www.newtral.es/esterilizacion-forzosa-personas-discapacidad-espana/20211212/>

Instituto de Apoyo al Movimiento Autónomo de Mujeres Campesinas – IAMAMC. (2016). *La verdad está en nuestros cuerpos. Secuelas de una opresión reproductiva*. Red de Migración, Género y Desarrollo y con el apoyo de la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo – ACCD

International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). (2011) *Guidelines: Female Contraceptive Sterilization*. FIGO Executive Board Meeting – June 2011. Retirado en abril 2023 [http://www.wunrn.org/news/2011/06\\_11/06\\_27/062711\\_female.htm](http://www.wunrn.org/news/2011/06_11/06_27/062711_female.htm)

Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Encuesta de fecundidad 2018. Resultados definitivos*. Dirección General de Estadísticas de la Población. Retirado en junio 2023 <https://www.ine.es/dyngs/IOE/es/operacion.htm?numinv=30317>

International Organization for Migration [IOM] (2020). Training manual on identification and communication with migrant victims of sexual and gender-based violence. PROTECT – Preventing Sexual and Gender-Based Violence against Migrants and Strengthening Support to Victims. Retirado en mayo 2023

<https://eea.iom.int/sites/g/files/tmzbd1666/files/documents/1.PROTECT-Identification-and-communication-Training-Manual.pdf>

[IOM] (2023). Missing Migrants Project. Annual Regional Overview 2022. Middle East and North Africa. Retirado en marzo 2023 <https://missingmigrants.iom.int/sitreps/missing-migrants-project-annual-regional-overview-2022-mena>

International Social Service [ISS] (2021). Principles for the protection of the rights of the child born through surrogacy. (Verona principles). Retirado en abril 2023 [https://www.iss-ssi.org/wp-content/uploads/2023/03/VeronaPrinciples\\_25February2021-1.pdf](https://www.iss-ssi.org/wp-content/uploads/2023/03/VeronaPrinciples_25February2021-1.pdf)

Kefauver Silva, M. (2021). Repercusiones de la violencia sexual en el ámbito de la pareja sobre la salud sexual de la mujer. Fundación SEXPOL. Retirado en abril 2023 <https://www.sexpul.net/repercusiones-de-la-violencia-sexual-en-el-ambito-de-la-pareja-sobre-la-salud-sexual-de-la-mujer/#:~:text=Las%20consecuencias%20m%C3%A1s%20habituales%20de,ginecol%C3%B3gicas%20e%20incluso%20la%20muerte.>

Kelly, L. (1988). *Surviving sexual violence*. Polity Press Inglaterra

Kluchin, R.M. (2007). Locating the Voices of the Sterilized, *The Public Historian* 29(3), 131-144. Retirado en abril 2023 <https://www.jstor.org/stable/10.1525/tph.2007.29.3.131>

Koldinská, K. (2009). Institutionalizing Intersectionality. *International Feminist Journal of Politics*, 11(4), 547-563. Retirado en marzo 2023 <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1080/14616740903237509>

Lamba, N., Jadvá, V., Kadam, K. y Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction* 33(4):646-653. Retirado en abril 2023 [https://www.researchgate.net/publication/323967339\\_The\\_psychological\\_well-being\\_and\\_prenatal\\_bonding\\_of\\_gestational\\_surrogates](https://www.researchgate.net/publication/323967339_The_psychological_well-being_and_prenatal_bonding_of_gestational_surrogates)

Lamm, E. (2012). Gestación por sustitución. *Revista para el Análisis del Derecho*. Retirado en abril 2023 <https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/download/260860/348063>



Le Monde selon les femmes (2019). Sexual and gender-based violence in a migration context. PROTECT – Preventing Sexual and Gender-Based Violence against Migrants and Strengthening Support to Victims. Brussels: Le Monde selon les femmes -International Organization for Migration (IOM). Retirado en mayo 2023 <https://eea.iom.int/sites/g/files/tmzbd1666/files/documents/1.PROTECT-Sexual-Violence-Training-Handbook.pdf>

López Ramos, a. Nogales Gutiérrez, P.; Martínez Hernández, M.D. (2018). Salir Adelante. Manual para la prevención de la violencia de género con grupos de mujeres migradas. Fundación Cepaim, Convivencia y Cohesión Social. Retirado en abril 2023 [https://cendocps.carm.es/documentacion/2019\\_Manual\\_Salir\\_Adelante.pdf](https://cendocps.carm.es/documentacion/2019_Manual_Salir_Adelante.pdf)

López, M.T.; de Montalvo, F.; Alonso, C.; Bellver, V.; Cadena, F.; de los Reyes, M.; Fernández, P. I.; Jouve, N.; López, N.; Nombela, C.; Romero, C.M.; y Serrano, J.M. (2018). Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada. Retirado en abril 2023 [http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe\\_comite\\_bioetica\\_aspectos\\_eticos\\_juridicos\\_maternidad\\_subrogada.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_comite_bioetica_aspectos_eticos_juridicos_maternidad_subrogada.pdf)

López Rodríguez, S. (2017). Políticas públicas y producción de espacios de vulnerabilidad. Efectos del discurso político sobre violencias de género y derechos sexuales y reproductivos en España. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Retirado en abril 2023 [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681123/lopez\\_rodriguez\\_silvia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681123/lopez_rodriguez_silvia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Maita, L. (2023). ¿Cuántos tipos de discapacidad existen? Pluridiscapacidad. Discapnet. Retirado en abril 2023 <https://www.dicapnet.es/discapacidad/que-discapacidades-existen/pluridiscapacidad>

Marrades Puig, A.I. (2017). El debate sobre la gestación subrogada en España: entre el deseo, la dignidad y los derechos. Revista Europea de Derechos Fundamentales 30, 153-177. Retirado en abril 2023 <https://roderic.uv.es/handle/10550/65598>

Martín, A. (2023). La guerra no ha detenido el uso de vientres de alquiler en Ucrania. El País. Retirado en julio 2023 <https://cadenaser.com/nacional/2023/03/29/la-guerra-no-ha-detenido-el-uso-de-vientres-de-alquiler-en-ucrania-cadena-ser/>

Mayeda, D.T.; Vijaykumar, R. (2016). A Review of the Literature on Honor-based Violence, *Sociology Compass*, 10(5), 353–363, DOI: 10.1111/soc4.12367

Mayeda, D.; Vijaykumar, R.; Chesney-Lind, M. (2018). Constructions of Honor-Based Violence. *Gender, Context and Orientalism*, en Carrington, K. (ed. lit.); Hogg, R. (ed. lit.); Scott, J. (ed. lit.), Sozzo, M. (ed. lit.). *The Palgrave Handbook of Criminology and the Global South*; pp. 947-967.

Médicos del Mundo (2012). Prostitución y salud. Unidad didáctica nº 5 del Instituto de Ciències de l' Educació de la Universitat de les Illes Balears. Retirado en mayo 2023 [https://gepibbalears.files.wordpress.com/2012/03/ud\\_05-prostitucic3b3n-y-salud.pdf](https://gepibbalears.files.wordpress.com/2012/03/ud_05-prostitucic3b3n-y-salud.pdf)

Mertus, J.; Heller, S. (1992). Norplant meets the new eugenicists: the impermissibility of coerced contraception, *St Louis Univ Public Law Rev*; 11(2):359-83. Retirado en marzo 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11652703/>

Ministerio de Igualdad- Federación Española de Municipios y Provincias (DGVG- FEMP) (2023). Protocolo de Actuación Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de Violencia Contra las Mujeres. Servicio ATENPRO. En espera de publicación.

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones [MISSM] (2023). Sistema de acogida de protección internacional y temporal. Retirado en julio 2023 <https://inclusion.seg-social.es/web/migraciones/sistema-de-acogida>

Ministerio de Sanidad (2021). Estadísticas. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Retirado en junio 2023 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm#publicacion>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Monográfico: Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Instituto Información Sanitaria. 23. Retirado en junio 2023. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion\\_clinica\\_n23\\_05.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n23_05.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Estrategia de Salud Sexual (Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SNS) Plan Operativo 2019-2020. Retirado en abril 2023 [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan\\_Operativo\\_ENSS\\_2019\\_20.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf)

Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2011). Estrategia nacional de salud Sexual y Reproductiva. Retirado en abril 2023 <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministerio del Interior [MI] (2023). Avance trimestral de datos de protección internacional acumulados a 31 de diciembre de 2022. Subsecretaría del Interior, Dirección General de Política Interior. Retirado en julio 2023 <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/servicios-al-ciudadano/oficina-de-asilo-y-refugio/datos-e-informacion-estadistica/>

[MI] (s.f.). Protección Internacional. Oficina de Asilo y Refugio. Servicios al ciudadano. Retirado en junio 2023 <https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/tramites-y-gestiones/oficina-de-asilo-y-refugio/proteccion-internacional/>

Mora, L. (2007). Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo. Una mirada desde el género y los derechos reproductivos, en Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2007). Notas de población, 85. Santiago de Chile: Naciones Unidas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL).

Moreno Hernández, A.; Pérez de la Merced, H. (2022). Investigación sobre la situación de las mujeres con discapacidad intelectual y del desarrollo en relación con sus derechos sexuales y reproductivos (Resumen ejecutivo). Madrid: Plena Inclusión España. Retirado en julio 2023 <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/investigacion-sobre-la-situacion-de-las-mujeres-con-discapacidad-intelectual-y-del-desarrollo-en-relacion-con-sus-derechos-sexuales-y-reproductivos/>

Murray, M.; Shaw, K.; Siegel, R. (eds.). (2019). Reproductive Rights and Justice Stories. Foundation Press.

Muruaga López de Guereñu, S. (2023). Prostitución y Salud, en La violencia sexual de género, Asociación de Mujeres para la Salud. Retirado en julio 2023 <https://www.mujeresparalasalud.org/prostitucion-y-salud/>

Naciones Unidas [UN] (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Retirado en abril 2023 [https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc_SP.pdf)

[UN] (2000). Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. Retirado en abril 2023 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-1858>

[UN] (2022). España responsable por violencia obstétrica, según el Comité de derechos de las mujeres de la ONU. Retirado en abril 2023 <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds>

National Guideline Alliance (2021). The benefits and risks of planned caesarean birth: Caesarean birth: Evidence review A. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 192. Retirado en abril 2023 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-1858>

Naz Ali Kousar, R. (2023). Una aproximación al matrimonio forzado y concertado. La mujer migrada de origen pakistaní como caso de estudio. TFG. Universitat de Barcelona. Retirado agosto 2023, <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/47429?locale=es>

Noblet, B. (2021). Virilidad nacional: Modelos y valores masculinos en los manuales de historia (1931-1982). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Nuño Gómez, L. (2016). Una nueva cláusula del Contrato Sexual: vientres de alquiler. Isegoría, (55), 683–700. Retirado en abril 2023 <https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/961/959>

Nuño Gómez, L. (2020). Maternidades S.A. El negocio de los vientres de alquiler. Catarata

Observatorio Permanente de la Inmigración [OPI] (2023). Personas en el Sistema de Acogida de Protección Internacional y Temporal. Serie trimestral del 30 de junio al 31 de marzo del 2023. Datos a 31/03/2023. Retirado en junio 2023 [https://inclusion.seg-social.es/en/web/opi/estadisticas/productos\\_servicios/infografias](https://inclusion.seg-social.es/en/web/opi/estadisticas/productos_servicios/infografias)

[OPI] (2023b). Personas en el Sistema de Acogida de Protección Internacional y Temporal. Serie trimestral del 30 de junio al 31 de marzo del 2023. Nota de análisis. Retirado en agosto 2023 [https://inclusion.seg-social.es/documents/2178369/2280852/Nota\\_Sistema\\_Acogida.pdf](https://inclusion.seg-social.es/documents/2178369/2280852/Nota_Sistema_Acogida.pdf)

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OHCHR] (2012). Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad. Consejo de Derechos Humanos, 20º periodo de sesiones, Temas 2 y 3 de la agenda. Retirado en mayo 2023 <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>

[OHCHR] (2018). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. Retirado en mayo 2023 <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-disability>

[OHCHR] (2019). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Retirado en junio 2023 <https://www.ohchr.org/es/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>

[OHCHR] (2020). Violence against women and girls with disabilities. Statement by Nada Al-Nashif UN Deputy High Commissioner for Human Rights. Human Rights Council 47th Session Annual full-day discussion on the human rights of women. Retirado en marzo 2023 <https://www.ohchr.org/en/statements/2021/07/panel-1-violence-against-women-and-girls-disabilities>

[OHCHR] (2023). Salud y derechos sexuales y reproductivos. El ACNUDH y los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género. Retirado en junio 2023 <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR)-Global Migration Group (GMG). (2018b). Principles and Guidelines, supported by practical guidance, on the human rights protection of migrants in vulnerable situations. Geneva–Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Retirado en junio 2023 <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf>

OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. (2014). Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement. Retirado en abril 2023 [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/201405\\_sterilization\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf)

OHCHR, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS (2011). Preventing gender-biased sex selection: an interagency statement. Geneva: World Health Organization. Retirado en abril 2023 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preventing\\_gender-biased\\_sex\\_selection.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preventing_gender-biased_sex_selection.pdf)

Olza, I. (2018). Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. Revista Internacional de Éticas Aplicadas. 28:1-12. Retirado en mayo 2023 <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000243/600>

Open Society Foundations (2011) Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide. Fact sheet. Retirado en abril 2023 <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/against-her-will-forced-and-coerced-sterilization-women-worldwide>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Retirado en mayo 2023 [https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc_SP.pdf)

[ONU] (2000). Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. Retirado en mayo 2023 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-1858>

[ONU] (2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General, 6 Julio 2006, A/61/122/Add.1. Retirado en marzo 2023 <https://www.refworld.org/es/docid/484e7a992.html>

[ONU] (2009). Fact Sheet on Persons with Disabilities. Retirado en abril 2023 <https://www.un.org/disabilities/documents/toolaction/pwdfs.pdf>

[ONU] (s.f.). Conferencias de Población y Desarrollo. Retirado en abril 2023 <https://www.un.org/es/conferences/population>

Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2020). Guía sobre violencia sexual y de género en el contexto de las migraciones en España. Retirado en abril 2023 <https://spain.iom.int/sites/g/files/tmzbd1141/files/documents/guia-violencia-sexual-y-genero-migraciones-espana.pdf>

[OIM] (2023). Comunicado Global 13 Junio 2023. Según datos de la OIM de 2022 las muertes en las rutas migratorias de la región de MENA son las más altas desde 2017. Retirado en abril 2023 <https://www.iom.int/es/news/segun-datos-de-la-oim-de-2022-las-muertes-en-las-rutas-migratorias-de-la-region-de-mena-son-las-mas-altas-desde-2017>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Retirado en abril 2023 [https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas\\_Reproduccion\\_Asistida\\_TRA.pdf](https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Asistida_TRA.pdf)

[OMS] (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Retirado en marzo 2023 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)

[OMS] (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Retirado abril 2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

[OMS] (2021). Aborto. Notas Descriptivas. Retirado en abril 2023 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

[OMS] (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. Ginebra: OMS. Retirado en abril 2023 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362897>

Pande, A. (2014). Wombs in Labor. Transnational Commercial Surrogacy in India. Columbia University Press.

Pardo Miranda, M. (2023). La adopción ilegal y la gestación subrogada como finalidades del delito de trata de seres humanos. *Anales de Derecho* (Vol. 40, pp. 66-90). Retirado en abril 2023 <https://revistas.um.es/analesderecho/article/view/538701/337121>

Parlamento Europeo (2017). Informe anual sobre los derechos humanos y la democracia en el mundo (2014) y política de la UE al respecto. Retirado en abril 2023 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015IP0470&from=FI>

(2021). Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)). Retirado en abril 2023 [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.html)

Patel, P. (2017) Forced sterilization of women as discrimination. *Public Health Rev* 38(15). doi: 10.1186/s40985-017-0060-9. Retirado en marzo 2023 <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-017-0060-9>

Peláez Narváez, A. (Dir.) Martínez Ríos, B.; Leonhardt Gallego, M. (2009). *Maternidad y discapacidad*. CERMI. Editorial Cinca.

Pérez-Corral, O.; & Danet-Danet, A. (2022). Análisis con perspectiva de género de la Encuesta de Fecundidad 2018 en España. *Gaceta Sanitaria*, 36(3), 221-231. Retirado en mayo 2023 <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.03.005>

Pinedo, R. (2008). *Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología. Salamanca. España. Retirado en abril 2023

[https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/22536/DPEE\\_Caracteristicas%20psicosociales%20localidad%20de%20vida.pdf](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/22536/DPEE_Caracteristicas%20psicosociales%20localidad%20de%20vida.pdf)

Piña Serpentegui, C.C. (2019). Implicancias jurídicas de la Maternidad Subrogada: propuesta normativa sobre subrogación gestacional altruista. Tesis. Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Retirado en abril 2023 <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3282>

Profesionales por la ética (2015). Vientres de alquiler. Maternidad subrogada. Una nueva forma de explotación de la mujer y de tráfico de personas. Bioeticacs.org. Retirado en abril 2023 [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/vientreAlquiler/v\\_aquiler\\_web.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/vientreAlquiler/v_aquiler_web.pdf)

Público (2023). Más de la mitad de familias españolas que acuden a vientres de alquiler lo hacen en EEUU, como Ana Obregón. Retirado en julio 2023 <https://www.publico.es/mujer/mitad-familias-espanolas-acuden-vientres-alquiler-eeuu-ana-obregon.html>

Ranea Triviño, B. (2018). Presentación del monográfico "Prostitución: entre viejos privilegios masculinos y nuevos imaginarios neoliberales". ATLÁNTICAS. Revista internacional de Estudios Feministas, 3, 1-12. Retirado en abril 2023 [https://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2018.3.1.3540/g3540\\_pdf](https://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2018.3.1.3540/g3540_pdf)

RED2RED. (2020) Profundización en el uso de técnicas asociadas a Big Data en el ámbito de la lucha contra las violencias hacia las mujeres. DGVG. No publicado

Red de trabajo sobre los matrimonios forzados en España. (2023). No acepto. Estudio y visibilización de los matrimonios forzados en España. Retirado agosto 2023, <https://noacepto.es/identificacion/#1563180717712-39c211ef-ag76>

Regalado Torres, M.D. (2017). Efectos, consecuencias y regulación de la maternidad subrogada. FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género, 2(2), 10-34. Retirado en abril 2023 [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Desiree\\_Regalado\\_Torres/publication/318823557\\_Efectos\\_consecuencias\\_y\\_regulacion\\_de\\_la\\_maternidad\\_subrogada\\_Effects\\_consequences\\_and\\_regulation\\_of\\_surrogated\\_maternity/links/5d3f30304585153e592cec40/Efectos-consecuencias-y-regulacion-de-la-maternidad-subrogada-Effects-consequences-and-regulation-of-surrogated-maternity.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Desiree_Regalado_Torres/publication/318823557_Efectos_consecuencias_y_regulacion_de_la_maternidad_subrogada_Effects_consequences_and_regulation_of_surrogated_maternity/links/5d3f30304585153e592cec40/Efectos-consecuencias-y-regulacion-de-la-maternidad-subrogada-Effects-consequences-and-regulation-of-surrogated-maternity.pdf)

Ríos Marín, A.M. (2014). Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 6. Retirado en mayo 2023 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922014000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100002)



Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J.M., Martínez-Galiano, J.M. y Gómez-Salgado, J. (2021). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(9):1654. Retirado en mayo 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6539242/pdf/ijerph-16-01654.pdf>

Roy, M. (2010). A case note follow-up of women with intellectual disability referred for sterilization. *Journal of Intellectual Disabilities*, 14(1), 43-52. Retirado en mayo 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630926/>

Ruffa, B.; & Chejter, S. (2010). Violencia de Género y Salud Sexual y Reproductiva. CECYM - Centro de Encuentros Cultura y Mujer. Retirado en junio 2023 <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1332.pdf>

Salazar Benítez, O. (2018). La gestación para otros: una reflexión jurídico-constitucional sobre el conflicto entre deseos y derechos. Madrid: Dykinson.

María Nieves Saldaña Díaz, M.N. (2016). Estándares internacionales de derechos humanos adoptados en el Consejo de Europa para combatir y prevenir la violencia contra la mujer: Los llamados «crímenes de honor», *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 41, 6-19. Retirado junio 2023, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=314770>

Santos-Fraile, S. (2020). The Sikh Gender Construction and Use of Agency in Spain: Negotiations and Identity (Re)Constructions in the Diaspora, *Religions*, 11 (179); doi:10.3390/rel11040179 Retirado julio 2023.

Sassen, S. (2003). Putas insolentes. *Contra geografías de la globalización: Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Traficantes de sueños.

Sen, P. (2005). '«Crimes of honour': value and meaning, in Welchman, L (ed.); Hossain, S. (ed.). (2005). *Honour': Crimes, Paradigms, and Violence Against Women*. London: Zed Books. Pp. 42-63.

Sendra-Federación de Planificación Familiar Estatal FPFE (s.f.). Carta de derechos sexuales y reproductivos. Retirado en marzo 2023 <https://sedra-fpfe.org/wp-content/uploads/2018/11/CARTA-DERECHOS-SEXUALES-FPFE-compressed.pdf>

Serra, M. L. (2016). Mujeres con discapacidad y situaciones de opresión. Deconstrucción feminista: desestabilizando las jerarquías de los dominios de poder. Tesis Doctoral. Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé De Las Casas" Universidad Carlos III Madrid. Retirado en marzo 2023 <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/24455>

Serrano Ruíz-Calderón, J.M. (2017). Manipulación del lenguaje, maternidad y altruismo. Cuadernos de Bioética, 28(2), 219-228. Retirado en abril 2023 <https://www.redalyc.org/pdf/875/87551223006.pdf>

Serrato Calero, M. Mercedes, Díaz Jiménez, Rosa. M. y Corona Aguilar, Antonia. (2018). Violencias contra mujeres con discapacidad en España: La incansable lucha por ser visibles. Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos, 2(2), 132-145. Retirado en mayo 2023 <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/116>

Serrato Calero, Mercedes, Yerga Míguez, María Dolores y Corona Aguilar Antonia (2021). La esterilización forzada en mujeres con discapacidad: un abordaje paradigmático. VIII Congreso de la Red Española de Política Social (REPS). REPS 2021 Bilbao Cuidar la vida, garantizar la inclusión, convivir en diversidad: consensos y retos. Actas de Congreso. Retirado en junio 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8378959>

Shah, P., Norlin, C., Logsdon, V., & Samson-Fang, L. (2005): «Gynecological care for adolescents with disability: Physician comfort, perceived barriers, and potential solutions». Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 18(2), 101-104. Retirado en abril 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15897106/>

Sparrow, R. (2011). A not-so-new eugenics. Harris and Savulescu on human enhancement. The Hastings Center report, 41(1), 32-42. Retirado en marzo 2023 <https://doi.org/10.1002/j.1552-146x.2011.tb00098.x>

Stejskalová, M.; Szilvasi, M. (2016). Coercive and Cruel: Sterilisation and its Consequences for Romani Women in the Czech Republic (1966-2016) Budapest: European Roma Rights Centre ERRC; pp. 12-16. Retirado en marzo 2023 <http://www.errc.org/reports-and-submissions/coercive-and-cruel-sterilisation-and-its-consequences-for-romani-women-in-the-czech-republic-1966-2016>

Stenger, M.; Jones, L.C. (2019). Honor Killings, The Encyclopedia of Women and Crime. Retirado junio 2023, <https://doi.org/10.1002/9781118929803.ewaco281>

Stern A. M. (2005). Sterilized in the name of public health: race, immigration, and reproductive control in modern California. *American journal of public health*, 95(7), 1128–1138. Retirado en marzo 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449330/>

Szygendowska, M. (2021). La gestación por sustitución como una forma de mercantilización del cuerpo femenino. *Revista De Derecho*, 34(1), 89–109. Retirado en abril 2023 <https://www.scielo.cl/pdf/revider/v34n1/0718-0950-revider-34-01-89.pdf>

Taebi, M., Masoudi, N. y Ahmadi, S.M. (2020). The Experiences of Surrogate Mothers: A Qualitative Study. *Nursing and Midwifery Studies* 9: 51-59. Retirado en junio 2023 [https://nmsjournal.kaums.ac.ir/article\\_129861\\_460eab469bc4cb2db5b7cafc2027726d.pdf](https://nmsjournal.kaums.ac.ir/article_129861_460eab469bc4cb2db5b7cafc2027726d.pdf)

Tan, S.H. (2020). Surrogacy and Human Flourishing. *Journal of Legal Philosophy* 45: 49-79. Retirado en abril 2023 [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3735834](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3735834)

Trejo Pulido, A. (2017). Las madres en la <<gestación subrogada>>. *Stop Vientres de Alquiler*. Retirado en abril 2023 <https://stopvientresdealquiler.wordpress.com/las-madres/>

Trejo Pulido, A. (2021). En el nombre del padre: Explotación de mujeres con fines reproductivos y venta de bebés recién nacidos. *Stop Vientres de Alquiler*. Retirado en abril 2023 <https://www.enferalicante.org/Documentos/2021/En%20el%20nombre%20del%20padre%20EXPLOTACION%20DE%20MUJERES%20CON%20FINES%20REPRODUCTIVOS%20Y%20VENTA%20DE%20BEBES%20RECIEN%20NACIDOS.pdf>

Tully, K.P., Stuebe, A.M. y Verbiest, S.B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal Obstetrics Gynecology* 217(1):37-41. Retirado en abril 2023 [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30498-2/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30498-2/fulltext)

Udell, J.A., Lu, H. y Redelmeier, D.A. (2017). Failure of fertility therapy and subsequent adverse cardiovascular events. *Canadian Medical Association Journal*. 189 (10). Retirado en abril 2023 <https://www.cmaj.ca/content/189/10/E391.long>

Unión de Asociaciones Familiares [UNAF] (2022). UNAF denuncia la vulneración de derechos sexuales y reproductivos que sufren las mujeres migrantes y reivindica su acceso con la campaña «Tú importas». Noticia. Retirada en abril 2023 <https://unaf.org/unaf-denuncia-la-vulneracion-de-derechos-sexuales-y-reproductivos-que-sufren-las-mujeres-migrantes-y-reivindica-su-acceso-con-la-campana-tu-importas/>

United Cities and Local Governments [UCLG] (2021). Declaración Mundial sobre las Mujeres en el Gobierno Local (2021). ante la 65ª sesión de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de

la Mujer de las Naciones Unidas (CSW65) del colectivo organizado de Gobiernos Locales y Regionales, reunidos en la Global Taskforce. Retirado en marzo 2023 [https://www.uclg.org/sites/default/files/declaracion\\_conjunta\\_csw65.pdf](https://www.uclg.org/sites/default/files/declaracion_conjunta_csw65.pdf)

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). *Towards Ending Child Marriage: Global trends and profiles of progress*. New York: UNICEF. Retirado en junio 2023, <https://data.unicef.org/resources/towards-ending-child-marriage/>

United Nations Office on Drugs and Crime [UNDOC] (2020). *Interlinkages between trafficking in persons and marriage*. Viena: UNDOC. Retirado en abril 2023 [https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2020/UNODC\\_Interlinkages\\_Trafficking\\_in\\_Persons\\_and\\_Marriage.pdf](https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2020/UNODC_Interlinkages_Trafficking_in_Persons_and_Marriage.pdf)

United Nations Women (2023). *Disasters, Crises and Violence Against Women: Evidence from Big Data Analysis, Lessons from Kiribati, Samoa, Solomon Islands and Tonga*. Retirado en abril 2023 <https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2023/06/evidence-from-big-data-analysis>

Universidad Nacional de Educación a Distancia [UNED] (2023). *Encargar humanos. Conferencia*. Retirado en mayo 2023 <https://extension.uned.es/actividad/30947>

Vázquez Regueiro, M.; Silva Castro, M. (2018). *Violencia Sexual hacia las niñas y mujeres con discapacidad. Asociación de Mulleres con Discapacidade de Galicia ACADAR*. Retirado julio 2023 <https://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb378a8e08001797f3ececdo3b4>

Vikström, J., Josefsson, A. y Bladh, M. y Sydsjö, G. (2015). *Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study*. *BMJ Journals* 5. Retirado en abril 2023 <https://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e009426>

Volscho, T.W. (2010). *Sterilization Racism and Pan-Ethnic Disparities of the Past Decade: The Continued Encroachment on Reproductive Rights*. *Wicazo Sa Review*, 25(1), 17-31. Retirado en abril 2023 <https://muse.jhu.edu/article/380293>

Welchman, L (ed.); Hossain, S. (ed.). (2005). *Honour': Crimes, Paradigms, and Violence Against Women*. London: Zed Books

World Health Organization, UN Human Rights Office, UN Women (2018). *Eliminating virginity testing – An interagency statement*. Geneva: WHO. Retirado en julio 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.15>

Xue, Jia & Macropol, Kathy & Jia, Yanxia & Zhu, Tingshao & Gelles, Richard. (2019). Harnessing big data for social justice: An exploration of violence against women-related conversations on Twitter. *Human Behavior and Emerging Technologies* 1(3):269-279. Retirado en julio 2023 [https://www.researchgate.net/profile/Jia-Xue/publication/334715728\\_Harnessing\\_big\\_data\\_for\\_social\\_justice\\_An\\_exploration\\_of\\_violence\\_against\\_women-related\\_conversations\\_on\\_Twitter/links/5ec8292f299bf1c09ad59cc1/Harnessing-big-data-for-social-justice-An-exploration-of-violence-against-women-related-conversations-on-Twitter.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jia-Xue/publication/334715728_Harnessing_big_data_for_social_justice_An_exploration_of_violence_against_women-related_conversations_on_Twitter/links/5ec8292f299bf1c09ad59cc1/Harnessing-big-data-for-social-justice-An-exploration-of-violence-against-women-related-conversations-on-Twitter.pdf)

Yupanqui Concha, A. & Ferrer Pérez, V. A. (2019). Análisis de la producción científica mundial sobre esterilización forzada de mujeres con discapacidad entre 1997 y 2016. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 381-388. Retirado en abril 2023 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.008>

Zegarra Vásquez, S.A. (2022). Regulación de la gestación subrogada altruista y protección de los derechos reproductivos de la mujer infértil. Tesis. Universidad César Vallejo. Retirado en abril 2023 [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94809/Zegarra\\_VSA-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94809/Zegarra_VSA-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

## Annex 1. Entitats locals participants en l'enquesta

L'enquesta permetia tant la resposta anònima com la identificació organitzacional. Les entitats locals que s'han identificat (que no eren respostes anònimes) han estat 229. A totes elles els agraïm la seva participació:

Ayuntamiento de Edimburgo, Escocia (City of Edinburgh Council, Scotland, United Kingdom)

Consejo de la Región Mediterránea de los Pirineos de Occitania, Francia (Conseil Région Occitanie Pyrénées Méditerranée, France)

Agrupación Servicios Sociales Zona Básica de Artajona (Artajona, Larraga, Berbinzana y Miranda De Arga)

Ajuntament d' Almoines

Ajuntament de Alcalà de Xivert-Alcossebre

Ajuntament de Carcaixent

Ajuntament de Cornellà De Llobregat

Ajuntament de Foios

Ajuntament de Llorenç del Penedes

Ajuntament de Mutxamel

Ajuntament de Paiporta

Ajuntament de Sant Boi de Llobregat

Ajuntament de Sant Just Desvern

Ajuntament de Sot de Chera

Ajuntament de Tàrrega

Ajuntament de Vallirana

Ajuntament de Viladecans

Ajuntament de Vilanova De Segrià

Ajuntament de Vilobí d'Onyar

Ajuntament del Poble Nou de Benitatxell

Ajuntament d'Oliva

Ayuntamiento de Yecora

Ayuntamiento de Ablitas

Ayuntamiento de Adeje

Ayuntamiento de Alaior

Ayuntamiento de Alcalá de Henares

Ayuntamiento de Alcantarilla

Ayuntamiento de Alcobendas

Ayuntamiento de Alcoy

Ayuntamiento de Alcoblas

Ayuntamiento de Aldeire

Ayuntamiento de Alfondeguilla

Ayuntamiento de Alhaurin de la Torre

Ayuntamiento de Alhendin

Ayuntamiento de Alicante

Ayuntamiento de Aller

Ayuntamiento de Allo

Ayuntamiento de Almedinilla

Ayuntamiento de Almensilla

Ayuntamiento de Almería

Ayuntamiento de Almodóvar del Rio

Ayuntamiento de Alzira

Ayuntamiento de Amescoa Baja

Ayuntamiento de Andosilla

Ayuntamiento de Andújar

Ayuntamiento de Ansoáin

Ayuntamiento de Antequera

Ayuntamiento de Arantz, Bera, Etxalar, Igantzi y Lesaka

Ayuntamiento de Aras de los Olmos

Ayuntamiento de Ares

Ayuntamiento de Arrecife  
Ayuntamiento de Arriate  
Ayuntamiento de Aspe  
Ayuntamiento de Barcelona  
Ayuntamiento de Baztan  
Ayuntamiento de Beas de Segura  
Ayuntamiento de Becerreá  
Ayuntamiento de Benasque  
Ayuntamiento de Benetússer  
Ayuntamiento de Berriozar  
Ayuntamiento de Betanzos  
Ayuntamiento de Betera  
Ayuntamiento de Bétera  
Ayuntamiento de Burjassot  
Ayuntamiento de Burlada  
Ayuntamiento de Cáceres  
Ayuntamiento de Cacín  
Ayuntamiento de Calatayud  
Ayuntamiento de Calzada de Calatrava  
Ayuntamiento de Camas  
Ayuntamiento de Cangas  
Ayuntamiento de Carboneras  
Ayuntamiento de Cartagena  
Ayuntamiento de Cartaya  
Ayuntamiento de Casares de Las Hurdes  
Ayuntamiento de Castelló de la Plana  
Ayuntamiento de Castilleja del Campo  
Ayuntamiento de Cendea de Olza, Belascoain, Bidaurreta, Etxauri y Valle de Olla  
Ayuntamiento de Cenes de la Vega  
Ayuntamiento de Cerdanyola del Vallès  
Ayuntamiento de Ceutí  
Ayuntamiento de Chantada  
Ayuntamiento de Cieza  
Ayuntamiento de Córdoba  
Ayuntamiento de Corella  
Ayuntamiento de Cubo de Tierra del Vino  
Ayuntamiento de Dos Hermanas  
Ayuntamiento de El Castillo de las Guardas  
Ayuntamiento de El Real de la Jara  
Ayuntamiento de El Sauzal  
Ayuntamiento de Enguera  
Ayuntamiento de Escalona  
Ayuntamiento de Fargas  
Ayuntamiento de Fuenlabrada  
Ayuntamiento de Fuente del Arco  
Ayuntamiento de Gandía  
Ayuntamiento de Gijón  
Ayuntamiento de Gotarrendura  
Ayuntamiento de Guarroman  
Ayuntamiento de Hermisende  
Ayuntamiento de Ingenio  
Ayuntamiento de Iniesta  
Ayuntamiento de Junciana  
Ayuntamiento de La Algaba  
Ayuntamiento de Larva  
ayuntamiento de las palmas de gran canaria  
Ayuntamiento de Las Torres de Cotillas  
Ayuntamiento de Lena  
Ayuntamiento de Los Arcos  
Ayuntamiento de Lupión  
Ayuntamiento de Málaga  
Ayuntamiento de Malpartida de Cáceres  
Ayuntamiento de Mandayona  
Ayuntamiento de Manises  
Ayuntamiento de Marchena  
Ayuntamiento de Marratxí  
Ayuntamiento de Moguer

Ayuntamiento de Monforte de Lemos	Ayuntamiento de Sardón de Duero
Ayuntamiento de Monóvar	Ayuntamiento de Sax
Ayuntamiento de Montanejos	Ayuntamiento de Segorbe
Ayuntamiento de Moral de Calatrava	Ayuntamiento de Serradilla
Ayuntamiento de Noreña	Ayuntamiento de Siero
Ayuntamiento de Numancia de la Sagra	Ayuntamiento de Soto del Real
Ayuntamiento de O Carballiño	Ayuntamiento de Tafalla
Ayuntamiento de Órgiva.	Ayuntamiento de Tíjola
Ayuntamiento de Orkoien	Ayuntamiento de Torrecillas de la Tiesa
Ayuntamiento de Paiporta	Ayuntamiento de Torrevieja
Ayuntamiento de Peñaranda de Bracmonite	Ayuntamiento de Totana
Ayuntamiento de Peñarroya-Pueblonuevo	Ayuntamiento de Úbeda
Ayuntamiento de Peñíscola	Ayuntamiento de Utrera
Ayuntamiento de Pezuela de Las Torres	Ayuntamiento de Valladolid
Ayuntamiento de Pinos Genil	Ayuntamiento de Vilalba
Ayuntamiento de Pollença	Ayuntamiento de Villanueva de Gallego
Ayuntamiento de Puebla de Cazalla	Ayuntamiento de Villar del Arzobispo
Ayuntamiento de Puente de Genave	Ayuntamiento de Villava
Ayuntamiento de Puertomingalvo	Ayuntamiento de Villaviciosa De Odon
Ayuntamiento de Pulianas	Ayuntamiento de Zamora
Ayuntamiento de Quart De Poblet	Ayuntamiento de Zumárraga
Ayuntamiento de Quintanilla Del Olmo	Ayuntamiento del Valle de Aranguren
Ayuntamiento de Ribaforada	Ayuntamiento del Valle de Yerri
Ayuntamiento de Roda de Berà	Ayuntamientode de Peal de Becerro
Ayuntamiento de Sa Pobla	Centro Comarcal de Información a la Mujer de Arquillos-Castellar-Chiclana de Segura-Montizon-Navas de San Juan y Sorihuela del Guadalimar
Ayuntamiento de San Esteban del Valle	Centro de la Mujer Ayuntamiento de Calera y Chozas
Ayuntamiento de San Fernando	Centro de la Mujer Ayuntamiento de Huércal-Overa
Ayuntamiento de San Fernando de Henares	Centro de la Mujer Consell Insular de Menorca
Ayuntamiento de San Isidro	CIM Coirós
Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes	CIM Concello de Xinzo de Limia
Ayuntamiento de Sant Antoni de Portmany	
Ayuntamiento de Sant Joan Despí	
Ayuntamiento de Santa Maria del Camí	
Ayuntamiento de Santa Susanna	



CIM de Palas de Rei

Concello de Bergondo

Concello de Brión

Concello de Burela

Concello de Coles

Concello de Fene

Concello de Guitiriz

Concello de Laxe

Concello de Maceda

Concello de Miño

Concello de Moaña

Concello de Mos

Concello de Tordoia

Concello de Tui

Concello de Vilalba

Concello de Xermade

Concello de Lalín

Consell Comarcal del Baix Penedès

Consell de Mallorca

Cuadrilla de Gorbeialdea

Diputación de Granada

Diputación de Palencia

Diputación de Sevilla

Diputación de Valladolid

Legazpiko Udala

Leitza, Goizueta, Areso Eta Aranoko  
Gizarte Zerbitzuen Mankomunitatea

Mancomunidad Bajo Segura de Servicios  
Sociales (Ayuntamiento de San Isidro,  
Ayuntamiento de San Fulgencio)

Mancomunidad de la Hoya de Buñol-Chiva

Mancomunidad de las Vegas  
(Ciempozuelos, Chinchón, Morata de  
Tajuña, Titulcia y Villaconejos)

Mancomunidad de Municipios de la  
Comarca de Ordes

Mancomunidad de Municipios Siberia

Mancomunidad de Servicios Sociales  
Auñamendi (Valle de Aezkoa, Valle de Erro,  
Auritz-Burguete, Orreaga-Roncesvalles,  
Luzaide-Valcarlos)

Mancomunidad de Servicios Sociales de  
Base de Zona Noáin (Berriáin, Biurrun -  
Olcoz, Cendea de Galar, Ibargoiti, Monreal,  
Noáin, Tiebas - Muruarte de Reta, Unzué)

Mancomunidad de Servicios Sociales  
THAM

Mancomunidad La Serranía

Mancomunidad La Vega (Algorfa, Jacarilla,  
Redován, San Miguel de Salinas)

Mancomunidad Montes de Cijara

Mancomunidad Santa Agueda

Mancomunidad Servicios Sociales de Base  
de Valdizarbe

Mancomunidad Terra de Celanova

Mancomunidad Valdizarbe

Mancomunitat de Carraixet

Mancomunitat de Municipis de la Vall  
d'Albaida

Mancomunitat Pla de Mallorca

Ordiziako Udala

Patronato Servicios Sociales de Arona

Servicios Sociales (PRAS) Fuente El Fresno

Servicios Sociales (PRAS) de Sta. Olalla, El  
Casar de Escalona y Otero

Servicios Sociales de Berriozar,  
Berrioplano, Ansoain, Juslapeña e Iza

Servicios Sociales de Daganzo de Arriba

## Annex 2. Organitzacions i persones expertes participants en l'enquesta

A continuació, s'indiquen les organitzacions i persones expertes identificades als qüestionaris específics amb motiu de les enquestes realitzades durant el treball de camp. A totes elles, els agraïm la seva valuosa participació:

Acccem	Centro de salud de la Comarca de la Sierra de Albarracín
Agrupación de Personas Sordas de Zaragoza y Aragón (ASZA)	CERMI Andalucía
Ángeles Blanco -Delegada de Derechos Humanos y Coordinadora de Incidencia de Confederación ASPACE.	CER-Migracions, Universidad Autónoma de Barcelona
Asociación AFEMAGRA Salud Mental Granada Nordeste	Comisión de Mujeres e Igualdad de CERMI Región de Murcia
Asociación APSA	Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)
Asociación de Enfermedades Neuromusculares de Castilla La Mancha (ASEM CLM)	Confederación ASPACE
Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Costa del Sol (AFESOL)	Confederación de Entidades de Personas con Discapacidad Física y Orgánica CODISA PREDIF Andalucía
Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Moratalaz (AFAEMO)	Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE)
Asociación de Mujeres con Discapacidad XARXA	Confederación Plena inclusión España
Asociación de Mujeres Juristas THEMIS	Consell Comarcal del Vallès Oriental
Asociación de Mujeres Opañel	Federación de Asociaciones de Mujeres con Discapacidad en Andalucía (FAMDISA)
Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas (ASPAYM Madrid)	Federación personas sordas de Valencia-Espai Dona (FESORD CV)
Asociación Liber (antigua Asociación Española de Fundaciones Tutelares)	Federación Salud Mental Castilla-La Mancha
Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual de la Comunidad de Madrid (CIMASCAM) (Fundación Aspacia)	Fundación ASPACIA
	Fundación Cermei Mujeres
	Fundación de Solidaridad Amaranta
	Fundación Márgenes y Vínculos
	Fundación Save the Children

Fundación Secretariado Gitano  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca  
Hospital de Laredo  
Instituto de la Mujer de Extremadura  
Julia Mohino Andrés Plena Inclusión CyL  
Laura Parra Sánchez (CERMI RM)  
Lucía Ciudad Real Marlasca - AFAEMO  
Maritxu Mayoral (Dir. del Centro de Acogida de Refugiados de Getafe)  
Médicos del Mundo  
Montserrat Vázquez Lolo - Federación Salud Mental Castilla-La Mancha  
Núria González López (abogada experta en derechos humanos)  
ONG Rescate  
Plena Inclusión Castilla y León

Plena Inclusión Extremadura  
Plena Inclusión La Rioja  
Red Feminista de Derecho Constitucional  
Salud Entre Culturas (SEC)  
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)  
Stop Vientres de Alquiler  
Unitat d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) del Institut Català de la Salut (ICS) Camp de Tarragona (Gerència Territorial)  
Universidad Complutense de Madrid (investigadora anónima)  
Universidad Pablo de Olavide (investigadora anónima)  
Universitat de València (investigadora anónima)  
Wassu Gambia Kafo (WGK)

## Annex 3. Entrevistes: llistat d'experiències i informants

Agraïm a totes les expertes, entitats locals i organitzacions la seva participació en l'estudi. La relació d'informants i experiències analitzades és la següent:

N.º	Experiencia/ entidad	Informante	Ref.
E1	SAVIEX: Servicio de Apoyo a Mujeres y Niñas con Discapacidad Víctimas de Violencia de Género de Extremadura (Cermi Extremadura)	Laura Ramos, Psicóloga y responsable del servicio	E1
E2	Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares (CRPS). Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid	Margarita Rullas Trincado, Directora Nadia Berodia Sánchez, Psicóloga	E2 E2
E3	Proyecto Construyendo Sexualidades. Ajuntament de los Realejos (Santa Cruz de Tenerife) y Asociación Estatal Sexualidad y Discapacidad	Natalia Rubio Arribas, Psicóloga, sexóloga y directora - presidenta	E3
E4	Servicio Alba de atención y acompañamiento a mujeres sordas. Área de políticas de igualdad de género de la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE)	Alba Prado Mendoza, Coordinadora del área de políticas de igualdad de género y responsable Servicio ALBA. Cristina López Arellano, Técnica	E4P1 E4P2
E5	Canal de apoyo socio-legal a mujeres con parálisis cerebral víctimas de violencia de género. Confederación ASPACE	Ángeles Blanco, Abogada y Delegada de Derechos Humanos y Coordinadora de Incidencia	E5
E6	Observatorio de la Mujer de Plena inclusión Madrid	Clara Moratalla, Sexóloga y Psicóloga Asociación AMI3 Madrid. Psicóloga (atención a MDID)	E6P1 E6P2
E7	Unidades de Asistencia Especializada a mujeres con discapacidad víctimas de VG. Confederación de Entidades de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Andalucía (CODISA PREDIF Andalucía)	Nieves Galán, Psicóloga y Coordinadora de las Unidades	E7
E8	GS: Defensa de los DSR de las mujeres	Nuria González López, Abogada experta en Derechos Humanos	E8
E9	GS: Atención al embarazo, parto y postparto	Helena López Paredes, Matrona experta en SSR. Consultora de NNUU	E9
E10	Asociación de Mujeres Paquistaníes PakMir	Rubia Naz Ali Kousar. Portavoz	E10

N.º	Experiencia/ entidad	Informante	Ref.
E11	Centro de crisis PAPTAYA (Alemania) para crímenes en nombre del «honor»	Técnica responsable del servicio de atención	E11
E12	Diásporas con prácticas significativas de «honor» en España	Sandra Santos Fraile, Antropóloga. Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Investigaciones Feministas	E12
E13	Iranian and Kurdish Women's Rights Organisation (IKWRO) (Reino Unido). Asesoramiento para víctimas de honor	Diana Nammi, Directora ejecutiva	E13
E14	Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG)	Macarena Gámir Linares, Subdirectora General de Coordinación Interinstitucional en violencia de género	E14P1
		Belén Gallo, Médica forense y jurista. Vocal asesora	E14P2
E15	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR Spain)	Eva Menéndez Sebastián, Senior Protection Associate	E15
E16	Cruz Roja Española (CRE)	Responsable del Servicio ATENPRO	E16P1
		Responsable del Programa Mujer	E16P2
E17	Dirección General de Políticas de Igualdad y contra la Violencia de Género del Ajuntament de Madrid	Marta Oliva de la Torre, Jefa de Unidad de Atención a la Violencia de Pareja/Expareja	E17P1
		Mª Carmen García, Directora Punto Municipal I y II del Observatorio Regional de la Violencia de Género (PMORVG).	E17P2
		Yolanda Vega, Subdirectora del Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAVG 24 Horas)	E17P3
		Laura Membiela Ontoria, Coordinadora del Centro de Emergencia para mujeres víctimas de violencia de género	E17P4