

Estudo sobre outras formas de violencia exercida sobre as mulleres que atentan contra a súa capacidade e o seu dereito á reprodución, e aproximación e intervención da Administración local na materia

*aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada,
xestación por substitución, crimes en nome da «honra»*



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,
Transformación e Resiliencia



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

Estudo sobre outras formas de violencia exercida sobre as mulleres que atentan contra a súa capacidade e o seu dereito á reprodución, e aproximación e intervención da Administración local na materia. Aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada, xestación por substitución, crimes en nome da «honra»

Primeira edición: outubro de 2022

Elaborado por **RED2RED** para a Federación Española de Municipios e Provincias (FEMP)

Dirección de investigación (investigadora principal): Clara Inés Guilló Girard

Equipo de investigación: 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.

Índice

| | |
|---|-----|
| Agradecementos | ix |
| Listaxe de abreviaturas..... | xii |
| I. PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. Presentación do informe | 2 |
| Obxecto de estudo..... | 2 |
| Equipo de investigación | 3 |
| Estrutura do informe..... | 4 |
| 2. Introducción | 5 |
| 2.1. A existencia «doutras violencias» contra as mulleres..... | 5 |
| 2.2. Obxectivos do diagnóstico | 9 |
| 2.3. Metodoloxía..... | 10 |
| 2.3.1. Enfoque metodolóxico | 10 |
| 2.3.2. Principios de traballo..... | 14 |
| II. O DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN | 16 |
| 3. Violencia contra a capacidade e o dereito á reprodución | 17 |
| 3.1. Caracterización e tipoloxías..... | 17 |
| 3.2. Formas de VR..... | 18 |
| 3.3. Dereitos sexuais e reprodutivos..... | 25 |
| 3.4. Vinculación da VR con outras violencias | 27 |
| 4. AEAF: aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada | 31 |
| 4.1. Perspectiva de partida..... | 31 |
| 4.2. Aborto forzado..... | 33 |
| 4.2.1. Aproximación ao problema | 33 |
| 4.2.2. Aborto selectivo como práctica de selección do sexo | 36 |
| 4.2.2.1. Descrición do fenómeno..... | 37 |
| 4.2.2.2. Causas e consecuencias..... | 40 |
| 4.3. Esterilización forzada ou coercitiva | 42 |

| | | |
|--------|---|------------|
| 4.4. | Anticoncepción forzada | 45 |
| 4.5. | Consecuencias do AEAF | 47 |
| 5. | AEAF: mulleres vítimas e as súas necesidades..... | 50 |
| 5.1. | As mulleres con discapacidade e as mulleres con enfermidade mental | 51 |
| 5.2. | Outras mulleres afectadas polo AEAF | 56 |
| 5.2.1. | Mulleres vítimas da explotación sexual..... | 56 |
| 5.2.2. | Mulleres migrantes, refuxiadas e solicitantes de protección internacional | 58 |
| 5.2.3. | Mulleres xitanas e doutros grupos étnicos..... | 65 |
| 5.3. | Necesidades das mulleres vítimas de AEAF..... | 68 |
| 5.3.1. | Necesidades comúns..... | 68 |
| 5.3.2. | Necesidades segundo o perfil das afectadas | 72 |
| 6. | AEAF: marco normativo institucional..... | 74 |
| 6.1. | Contexto internacional e europeo | 74 |
| 6.1.1. | Marco xeral de partida..... | 74 |
| 6.1.2. | Contexto europeo | 76 |
| 6.2. | Dereitos das mulleres con discapacidade | 79 |
| 6.3. | Marco normativo español..... | 82 |
| 6.3.1. | Normativa estatal | 82 |
| 6.3.2. | Referencias autonómicas | 88 |
| 6.3.2. | Outras referencias institucionais | 92 |
| 7. | AEAF: mapeo da atención ás mulleres vítimas | 100 |
| 7.1. | A intervención das entidades locais..... | 100 |
| 7.1.1. | Accións locais en materia de VCM..... | 100 |
| 7.1.2. | EELL: experiencias de atención en AEAF..... | 103 |
| | Experiencias de interese | 105 |
| 7.2. | Organizacións especializadas: atención AEAF..... | 106 |
| 7.2.1. | Características das entidades | 106 |
| 7.2.2. | Actuacións en materia de AEAF | 108 |
| | Experiencias de interese | 111 |
| 7.3. | Análise das prácticas consultadas..... | 114 |

| | |
|---|-----|
| 7.3.1. Resumo das experiencias | 114 |
| Experiencia 1: SAVIEX: Servicio de Apoyo a Mujeres y Niñas con Discapacidad Víctimas de Violencia de Género de Extremadura (Cermi Extremadura) | 114 |
| Experiencia 2: Centro de Rehabilitación Psicosocial San Fernando de Henares (CRPS) | 116 |
| Experiencia 3: Proxecto Construindo Sexualidades do Concello de Los Realejos e a Asociación Sexualidad y Discapacidad | 117 |
| Experiencia 4: Servicio Alba de Atención y Acompañamiento a Mujeres Sordas. Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE) | 118 |
| Experiencia 5: canle de apoio sociolegal a mulleres con parálise cerebral vítimas de violencia de xénero. Confederación ASPACE | 119 |
| Experiencia 6: Observatorio de la Mujer. Plena Inclusión Madrid | 119 |
| Experiencia 7: unidades de asistencia especializada a mulleres con discapacidade vítimas de violencia de xénero na comunidade. Confederación de Entidades de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Andalucía (CODISA PREDIF Andalucía) | 121 |
| 7.3.2. Aprendizaxes e retos da atención a mulleres vítimas..... | 122 |
| 7.3.2.1. Detección da violencia e o acceso á atención | 122 |
| 7.3.2.2. Itinerarios e procedementos de atención..... | 128 |
| 7.3.2.3. Accións de prevención e sensibilización..... | 136 |
| 8. Xestación subrogada ou por substitución | 139 |
| 8.1. Caracterización da xestación subrogada ou por substitución..... | 139 |
| 8.1.1. Dimensións e aspectos clave | 139 |
| 8.1.2. Prevalencia do problema..... | 145 |
| 8.2. As mulleres vítimas e as consecuencias desta VR | 148 |
| 8.2.1. Características das mulleres vítimas | 148 |
| 8.2.2. Consecuencias da xestación subrogada..... | 151 |
| 8.2.3. Necesidades das mulleres vítimas da XS | 158 |
| 9. XS: marco normativo e institucional..... | 162 |
| 9.1. Marco internacional e europeo..... | 162 |
| 9.1.1. Marco xeral de partida..... | 162 |
| 9.1.2. Contexto europeo | 169 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 9.2. | Marco normativo español..... | 173 |
| 9.2.1. | Normativa estatal | 173 |
| 9.2.2. | Referencias autonómicas | 179 |
| 10. | XS: mapeo e experiencias de acción..... | 181 |
| 10.1. | Consulta a entidades locais e organizacións e persoas expertas | 181 |
| 10.1.1. | Características das EELL e organizacións participantes..... | 181 |
| 10.1.2. | Actuacións en materia de XS..... | 182 |
| 10.2. | Experiencias de interese..... | 183 |
| 11. | Violencia ou crimes en nome «da honra»..... | 206 |
| 11.1. | Descrición do problema e tipoloxías | 206 |
| 11.2. | Características e necesidades das vítimas | 209 |
| 11.2.1. | Principais colectivos afectados..... | 209 |
| 11.2.2. | Necesidades das vítimas | 219 |
| 11.3. | Marco normativo e institucional..... | 222 |
| 11.3.1. | Contexto internacional e europeo | 222 |
| 11.3.2. | Marco normativo español..... | 228 |
| 12. | CNH: experiencias de interese | 232 |
| 12.1. | Resultado das enquisas a EELL e organizacións | 232 |
| 12.1.1. | A intervención das entidades locais..... | 232 |
| 12.1.2. | A intervención de organizacións e persoas expertas..... | 233 |
| 12.2. | Análise das prácticas internacionais consultadas..... | 237 |
| 12.2.1. | Experiencias de Alemaña e do Reino Unido..... | 237 |
| 12.2.1.1. | O Reino Unido | 237 |
| | Experiencia 1: HALO PROJECT | 239 |
| | Experiencia 2: IKWRO | 240 |
| | Experiencia 3: Karma Nirvana | 242 |
| 12.2.1.2. | Alemaña | 243 |
| | Experiencia 4: TERRE DES FEMMES | 244 |
| | Experiencia 5: PAPTAYA..... | 245 |
| 12.2.2. | O caso particular de Suecia | 246 |

| | |
|---|-----|
| Experiencia 6: Centro Nacional contra a Violencia e a Opresión relacionada coa Honra | 248 |
| 13. Conclusións..... | 252 |
| III. RECOMENDACIÓNS E PROPOSTAS PARA A INTERVENCIÓN | 262 |
| 14. Propostas para mellorar o coñecemento e o uso do <i>big data</i> | 263 |
| 14.1. Mellorar a produción de coñecemento | 263 |
| 14.2. Ferramentas de <i>big data</i> | 267 |
| 15. Propostas para a intervención | 271 |
| 15.1. Reforzar o marco institucional das «outras violencias»..... | 271 |
| 15.2. Atención integral e coordinada | 273 |
| 15.2.1. Dereitos e integralidade da atención..... | 273 |
| 15.2.2. Accesibilidade universal | 276 |
| 15.3. Principios de atención/intervención coas vítimas | 278 |
| 15.4. Indicadores para facilitar a detección | 280 |
| 15.5. Garantir o acceso a recursos/servizos | 283 |
| 15.6. Facilitar a acreditación das vítimas..... | 284 |
| 15.7. Potenciar a integralidade e a coordinación..... | 285 |
| 15.8. Contar con recursos humanos e materiais suficientes | 287 |
| 15.8.1. Perfís profesionais | 287 |
| 15.8.2. Formación e capacitación continua..... | 288 |
| 15.8.3. Infraestruturas de atención..... | 290 |
| 15.9. Reparar as vítimas..... | 290 |
| 15.10. Potenciar o papel das asociacións e o movemento feminista | 292 |
| 15.11. Previr e sensibilizar..... | 293 |
| 16. Recomendacións en relación con ATENPRO..... | 297 |
| 16.1. Introducción ao servizo | 297 |
| 16.2. Valoracións e propostas | 301 |
| 16.3. Funcionamento e operativa do servizo..... | 302 |
| 16.4. Sobre a comunicación interpersonal e o acompañamento | 307 |
| 16.5. Sobre a avaliación de logros..... | 307 |

| | |
|--|-----|
| 17. Propostas para un modelo de intervención local | 309 |
| 17.1. Prevención | 310 |
| 17.1.1. Prevención secundaria: detección temperá e diagnóstico | 310 |
| 17.1.2. Educación e sensibilización | 312 |
| 17.2. Atención integral..... | 315 |
| 17.2.1. Asistencia social integral e reparación..... | 315 |
| 17.2.2. Protección e acceso á xustiza | 318 |
| 17.3. Coordinación e protocolos | 320 |
| 17.3.1. Órganos de coordinación e colaboración..... | 321 |
| 17.3.2. Protocolos e ferramentas análogas | 323 |
| IV. BIBLIOGRAFÍA E ANEXOS | 325 |
| 18. Bibliografía | 326 |
| Anexo 1. Entidades locais participantes na enquisa..... | 354 |
| Anexo 2. Organizacións e persoas expertas participantes na enquisa | 358 |
| Anexo 3. Entrevistas: listaxe de experiencias e informantes..... | 360 |

Índice de gráficos

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1. Estatística de condenados por aborto 2013-2021. Unidades: infraccións | 34 |
| Gráfico 2. Procesos de esterilización a persoas con discapacidade en España (2008-2020)..... | 44 |
| Gráfico 3. Mulleres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaxe segundo o tipo (ano 2018) | 46 |
| Gráfico 4. EELL: violencias que si puido coñecer no desenvolvemento do traballo na entidade local..... | 101 |
| Gráfico 5. EELL: actuacións que se realizan na actualidade coas vítimas de violencia (en xeral) | 101 |
| Gráfico 6. EELL: grupos de mulleres ou vulnerabilidades están máis presentes no enfoque de traballo actual da entidade | 103 |
| Gráfico 7. Experiencia da organización en tipos de VCM..... | 107 |
| Gráfico 8. Organizacións especializadas: grupos de mulleres ou vulnerabilidades máis presentes | 108 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 9. Solicitudes presentadas nas oficinas consulares españolas para a inscrición de menores nacidos mediante técnicas de xestación por substitución por países (2010-2022).. | 146 |
| Gráfico 10. Evolución do número de solicitudes para inscribir bebés nacidos por XS nos consulados españois por anos (2010-2022)..... | 147 |
| Gráfico 11. Entidades expertas consultadas segundo a área de coñecemento e/ou intervención | 182 |
| Gráfico 12. CHN: grupos de mulleres ou vulnerabilidades máis presentes no traballo das organizacións | 234 |
| Gráfico 13. ATENPRO: evolución temporal do número de usuarias en activo (2010-2023) ... | 297 |

Índice de ilustracións

| | |
|---|-----|
| Ilustración 1. Definicións: artigo 3 do Convenio de Istambul | 7 |
| Ilustración 2. Distribución das EELL participantes na enquisa segundo as CCAA (% sobre o total) | 12 |
| Ilustración 3. Cociente de masculinidade ao nacemento por provincia (ano 2021). Unidades: número de homes por cada 100 mulleres (%) | 38 |
| Ilustración 4. Distribución do número de mulleres beneficiarias de protección internacional no Sistema de Acollida por comunidades autónomas. Total estancias. Total nacional o 31/03/2023. | 64 |
| Ilustración 5. Pictogramas-SAAC sobre VS contra mulleres e nenas | 124 |
| Ilustración 6. Difusión de charla informativa. SAVIEX -Cermi Extremadura | 137 |
| Ilustración 7. Difusión de formación especializada. CODISA PREDIF Andalucía..... | 137 |
| Ilustración 8. Mapa da vulnerabilidade (*) potencial aos CNH en España (por provincias). % de mulleres estranxeiras** sobre o total de poboación feminina | 214 |
| Ilustración 9. Mapas da vulnerabilidade (*) potencial aos CNH en España, por provincias e segundo rexión de orixe das mulleres (África; subcontinente indio; Oriente Medio). % de empadroadas (por país de nacemento**) sobre o total de poboación feminina | 215 |
| Ilustración 10. Esquema de funcionamento de ATENPRO (xullo 2023) | 301 |
| Ilustración 11. Extracto da ficha de usuaria-Protocolo de actuación ATENPRO | 305 |
| Ilustración 12. Esquema dun modelo básico de acción..... | 324 |

Índice de táboas

| | |
|--|-----|
| Táboa 1. Número de cuestionarios realizados e respostas obtidas..... | 11 |
| Táboa 2. Aborto (delito): penas de prisión segundo a duración da pena (2012-2021). Unidades: Penas..... | 35 |
| Táboa 3. Mulleres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaxe segundo tipo e grupo de idade (2018)..... | 46 |
| Táboa 4. EELL: dispoñibilidade de protocolos sobre violencia contra as mulleres..... | 102 |
| Táboa 5. Principais retos na intervención en materia de VR segundo tipo de entidades | 135 |
| Táboa 6. Modalidades actuais de xestión subrogada | 144 |
| Táboa 7. Servizos e prestacións básicas de asistencia social integral e reparación (Catálogo de referencia de políticas e servizos en materia de violencia contra as mulleres 2022) | 317 |

Agradecimientos

ACCEM

Adriana Kaplan

Adriana María Gomes de Souza

Alba Prado Mendoza

Alicia Márquez

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

Ángeles Blanco

Asociación AMI3 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 (Alemania)

Laura Membiela Ontoria

Laura Ramos

M^a 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

Listaxe de abreviaturas

| | |
|---------|--|
| ACNUDH | OHCHR |
| ACNUR | Alto Comisionado das Nacións Unidas para os Refuxiados |
| AEAF | Aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada |
| ATENPRO | Servizo Telefónico de Atención e Protección ás Vítimas da Violencia de Xénero |
| CAR | Centros de acollida de refuxiados |
| CBC | Center for Bioethics and Culture (Centro de bioética e cultura) |
| CCAA | Comunidades autónomas |
| CDN | Convención sobre os dereitos do neno |
| CDPD | Convención das Nacións Unidas sobre os dereitos das persoas con discapacidade |
| CDPD | Comité sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade |
| CEDAW | Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller |
| CEDAW | Committee on the Elimination of Discrimination against Women (Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller) |
| CESCR | Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais |
| CESE | Comité Económico e Social Europeo |
| CETI | Centros de estancia temporal para inmigrantes |
| CXPX | Consello Xeral do Poder Xudicial |
| CIAMS | Coalición Internacional pola Abolición da Maternidade Subrogada |
| CNH | Crimes en nome da «honra» |
| CP | Código penal |
| CREADE | Centros de recepción, atención e derivación |
| CRPD | Comité sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade |
| DX | Dirección xeral |
| DDHH | Dereitos humanos |
| DXRN | Dirección Xeral do Rexistro e o Notariado |
| DGVX | Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero |
| DSR | Dereitos sexuais e reprodutivos |
| EELL | Entidades locais |
| EEUU | Os Estados Unidos |
| EEVM | Estratexia estatal para combater as violencias machistas (2022-2025) |

| | |
|----------|--|
| FCSE | Forzas e corpos de seguridade do Estado (Garda Urbana, Policía municipal ou local, policías autonómicas, Corpo Nacional de Policía, Garda Civil) |
| FEMP | Federación Española de Municipios e Provincias |
| XS | Xestación subrogada ou xestación por substitución |
| IOM | Véxase OIM |
| IOM | Véxase OIM |
| ISS | Servizo Social Internacional |
| LOSSRIVE | Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo |
| LSE | Lingua de signos española |
| MDID | Mulleres con discapacidade intelectual ou do desenvolvemento |
| MXF | Mutilación xenital feminina |
| MISSM | Ministerio de Inclusión, Seguridade Social e Migracións |
| MVV | Muller vítima de violencia |
| MVVM | Mulleres vítimas da violencia de xénero |
| NNUU | Nacións Unidas |
| ODS | Obxectivos de Desenvolvemento Sostible |
| OHCHR | Oficina do Alto Comisionado das Nacións Unidas para os Dereitos Humanos |
| OIM | Organización Internacional das Migracións |
| OMS | Organización Mundial da Saúde |
| ONG | Organización non governamental |
| ONU | Véxase NNUU |
| PECVX | Pacto de Estado contra a violencia de xénero |
| PEIEMH | Plan estratéxico para a igualdade efectiva de mulleres e homes (2022-2025) |
| PI | Protección internacional |
| PRTR | Plan de recuperación, transformación e resiliencia |
| RAIEPP | Rede académica internacional de estudos sobre prostitución e pornografía |
| RECAV | Rede estatal contra o alugamento de ventres |
| RRSS | Redes sociais (Instagram, Twitter, Facebook etc.) |
| SSR | Saúde sexual e reprodutiva |
| STEDH | Sentenza do Tribunal Europeo de Dereitos Humanos |
| STS | Sentenza do Tribunal Supremo |
| TEDH | Tribunal Europeo de Dereitos Humanos (tamén coñecido como Tribunal de Estrasburgo) |

| | |
|-------|---|
| TEDH | Tribunal Europeo de Dereitos Humanos |
| UN | United Nations (Nacións Unidas) |
| UNFPA | Fondo de Poboación das Nacións Unidas |
| UNHCR | Véxase ACNUR |
| VBH | Violencia baseada na honra |
| VCM | Violencia contra as mulleres |
| VX | Violencia de xénero |
| VR | Violencia reprodutiva |
| VS | Violencia sexual |
| VVCM | Vítimas de violencia contra as mulleres |
| VVX | Vítimas de violencia de xénero |

I. PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN

1. Presentación do informe

Obxecto de estudo

O Estudo sobre outras formas de violencia exercida sobre as mulleres que atentan contra a súa capacidade e dereito á reprodución (aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada, xestación por substitución, crimes en nome da «honra») e aproximación e intervención da Administración local na materia ten como obxectivo principal **mellorar a comprensión sobre os tipos menos coñecidos de violencia contra as mulleres e formular propostas de acción desde o ámbito local.**

A Federación Española de Municipios e Provincias (**FEMP**) desenvolveu esta investigación grazas ao financiamento do Plan de recuperación, transformación e resiliencia (PRTR) que conta cos fondos da Unión Europea Next GenerationEU. O marco institucional de financiamento é o do investimento 4 do Compoñente 22 do PRTR e, polo tanto, guiouse polo establecido no Real decreto 1042/2021, polo que se regula a concesión directa dunha subvención á FEMP para o devandito obxecto¹, grazas ao impulso do Plan España protéxete contra a violencia machista (2021).

Así mesmo, o estudo contribúe aos obxectivos doutros instrumentos de política pública, tanto ao ODS 5 da Axenda 2030 para o Desenvolvemento Sostible das Nacións Unidas en España como á implementación do Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica (2011) no noso país.

A FEMP promove de forma transversal o principio de igualdade de oportunidade entre mulleres e homes en todas as políticas do ámbito local e traballa activamente polo desenvolvemento e innovación de actuacións para erradicar a violencia contra as mulleres como parte das políticas locais de igualdade.

¹ Real decreto 1042/2021, do 23 de novembro, polo que se regula a concesión directa dunha subvención á Federación Española de Municipios e Provincias para a modernización e ampliación dos dispositivos de atención e protección ás vítimas de violencia machista no marco do Plan de recuperación, transformación e resiliencia (BOE núm. 282, do 25 de novembro de 2021).

A FEMP incide, en liña coa Declaración mundial sobre as mulleres no goberno local (UCLG, 2021)², en que **o goberno local xoga un papel crucial na garantía dos dereitos reprodutivos das mulleres** como provedor de servizos e de condicións de vida aceptables.

Desde o ano 2004, a FEMP é responsable da xestión do Servizo Telefónico de Atención e Protección ás Víctimas da Violencia de Xénero (ATENPRO)³, cuxa titularidade recae na Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero (Ministerio de Igualdade). **ATENPRO require da súa modernización** para a optimización dos servizos que presta no ámbito da loita contra a violencia machista en todas as súas formas e dimensións. Este estudo quere contribuír a este obxectivo facilitando propostas para un modelo integral de actuación contra a violencia machista que abarque todas as violencias, tamén as menos coñecidas que, neste caso, se refiren ás violencias reprodutivas e aos denominados crimes en nome «da honra».

En diante, para facilitar a lectura utilízanse con frecuencia as abreviaturas (consúltese a listaxe de abreviaturas); deste xeito empregárase **AEAF** para denominar o aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada; a abreviatura **XS** está referida á xestación por substitución ou subrogada e **CNH** úsase para os denominados como crimes en nome da «honra».

Equipo de investigación

A investigación foi desenvolvida pola Área de Innovación e Políticas Públicas de Red2Red e contou cun amplo equipo interdisciplinario de investigadoras: Clara Inés Guilló Girard (directora), 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 e Ángela María Serrano Ruiz; Esther Castellanos Torres; e Jaume Almendros Rodríguez, Daniel de Gracia Palomera, Jesús Barbero Quirós no apoio á investigación.

Xunto a este equipo, varias entidades e persoas expertas achegaron valiosas orientacións ao traballo: ACCEM; Rebeca Tur Baraja; Comisión Española de Axuda ao Refuxiado (CEAR); Alicia Márquez-Fundación de Solidaridad Amaranta; Eva Menéndez Sebastián-UNHCR Spain; Rubia

² Declaración conxunta ante a 65ª sesión da Comisión da Condición Xurídica e Social da Muller das Nacións Unidas (CSW65) do colectivo organizado de gobernos locais e rexionais, reunidos na Global Taskforce. Acceso

³ De acordo co seu protocolo actual, ATENPRO «persegue, como obxectivo fundamental, que a vítima se sinta segura e acompañada mentres dure o proceso que lle permita retomar as rendas da súa vida facilitando o contacto cun contorno de seguridade e posibilitando a intervención inmediata, con mobilización, de ser o caso, dos recursos de atención que fosen necesarios».

Naz-Asociación de Mujeres Paquistaníes PakMir; e Valeria Tosi. Agradecemoslles a todas elas a súa implicación no proxecto.

Queremos darlles as grazas a todas as persoas e entidades que, coa súa xenerosidade, participaron nas enquisas (anexo 1 e anexo 2) e nas entrevistas (anexo 3) e, polo seu traballo de coordinación, a Joaquín Corcobado Romo e a Gala Castellanos Poza da Área de Cidadanía e Dereitos Sociais da Dirección Xeral de Igualdade e Política Institucional da FEMP.

Estrutura do informe

Este informe está dividido en catro bloques de contido. O primeiro contén a presentación do informe (capítulo 1) e a introdución da temática e da metodoloxía empregada para o seu desenvolvemento (capítulo 2).

O segundo bloque agrupa desde o capítulo 3 ata o capítulo 13 e constitúe o «Diagnóstico da situación». O capítulo 3 introduce o tema da violencia contra a capacidade e o dereito á reprodución das mulleres e das nenas (VR). Os capítulos 4, 5, 6 e 7 céntranse no aborto forzado, a esterilización forzada e a anticoncepción forzada (AEAF) como formas específicas de violencia. Pola súa banda, a xestación subrogada (XS) abrangue os capítulos 8, 9 e 10. Finalmente, os crimes en nome da «honra» (CNH) ou violencia baseada na honra (VBH) ocupa os capítulos 11 e 12. No desenvolvemento destas tres temáticas comézase describindo o problema e a súa tipoloxía para, a continuación, describir os principais grupos de mulleres afectadas e as súas necesidades. Despois, o marco institucional vai seguido polo mapeo de experiencias realizado e a análise dalgunhas prácticas de interese concretas.

O terceiro bloque, «Recomendación e propostas para a intervención», aglutina 4 capítulos, que se centran nas recomendacións elaboradas para a acción local, a valoración realizada sobre as potencialidades de mellora do servizo ATENPRO para a VR e os CNH e os seus futuros desenvolvementos e, finalmente, realiza unha proposta de modelo de intervención integral de carácter local sobre as violencias ás que se dirixe o estudo (a violencia reprodutiva e os crimes en nome «da honra»).

O cuarto bloque do informe presenta as referencias bibliográficas e as fontes consultadas para a elaboración do estudo (capítulo 18) e a relación de anexos con información complementaria.

2. Introducción

2.1. A existencia «doutras violencias» contra as mulleres

A violencia contra as mulleres **exprésase en diferentes ámbitos e de forma interrelacionada**. Algunhas destas expresións son ben coñecidas pola sociedade e existe unha considerable sensibilización ao respecto. Exemplos disto son a violencia nas relacións de parella ou exparella (coñecida en España como *violencia de xénero*)⁴, a violencia sexual que ocorre no ámbito público (por exemplo, en espazos de lecer) ou a trata de mulleres e nenas con fins de explotación sexual.

Non obstante, **existen outras formas de violencia que son pouco coñecidas**, ás que as institucións públicas lles prestaron pouca atención ata datas recentes. O seu descoñecemento débese á normalización e invisibilidade que a violencia contra as mulleres segue tendo no mundo, o que **alerta sobre os esforzos institucionais que aínda se requiren para lograr sociedades xustas entre mulleres e homes**.

A falta de información non significa que o seu alcance sexa menor nin que as súas consecuencias sexan máis leves. Ao contrario, a invisibilidade da violencia —en calquera das súas formas— implica que **as vítimas están máis desprotexidas** e que as figuras agresoras contan con maior **impunidade**.

Entre estas formas de violencia atópanse os denominados **como crimes en nome «da honra»** (abreviados, en diante, como **CNH**) e **a violencia reprodutiva**. Respecto desta última, o estudo céntrase exclusivamente no **aborto forzado, a esterilización forzada e a anticoncepción forzada** (en diante, **AEAF**) e na **xestación por substitución ou xestación subrogada** (abreviada como **XS**).

Aínda que a violencia contra as mulleres (en diante, **VCM**) supón un *continuum* de violencias interrelacionadas (Kelly, 1988) e calquera muller e nena pode ser vítima destas, as formas que nos ocupan afectan sobre todo —pero non exclusivamente— **a mulleres con discapacidade, a**

⁴ En España esta violencia é coñecida como «violencia de xénero» a partir da entrada en vigor da Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero. Esta denominación mantívose na Real decreto lei 9/2018, de medidas urxentes para o desenvolvemento do Pacto de Estado en materia de violencia de xénero, o 13 de setembro de 2018.

mulleres pertencentes a etnias e diásporas de rexións específicas, e a outras mulleres en situacións de especial vulnerabilidade.

Este último sería o caso das mulleres máis novas, mulleres empobrecidas, mulleres xitanas, mulleres que buscan protección internacional por razóns de xénero ou as vítimas da explotación sexual por situación de trata ou prostitución.

É por estas razóns polas que a aplicación da interseccionalidade (Crenshaw, 1989; Collins, 1990; Collins e Bilge, 2019) dentro do enfoque integrado de xénero resulta unha condición imprescindible para a detección destas violencias e a actuación contra elas.

Nos últimos anos están a producirse grandes avances na visibilidade de todas as formas de VCM, tanto na mellora do coñecemento social como nas normas que protexen os dereitos das vítimas, polo que as políticas públicas que se dirixen á súa erradicación e atención poden mellorar. Neste sentido, **o marco institucional de acción** contra as violencias machistas no Estado español e na Unión Europea⁵ é cada vez máis amplo⁶ pero debe seguir desenvolvéndose.

Contamos, porén, cun instrumento fundamental: o **Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica** (2011), máis coñecido como **Convenio de Istambul**⁷. Xunto con el, espérase unha futura directiva europea sobre a loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica (proposta do Parlamento Europeo e do Consello [COM/2022/105 final] do ano 2022).

O marco desta investigación circunscríbese aos principios do Convenio de Istambul que, de acordo co Consello de Europa (2023):

- Ten **como fundamentos** previr a violencia, protexer as vítimas e establecer accións xudiciais contra os agresores; crear conciencia e cambiar a mentalidade das persoas ao facer un chamamento a todos os membros da sociedade, en particular aos homes e nenos, para que cambien a súa actitude.

⁵ Para coñecer o marco regulatorio e normativo da Unión Europea en materia de violencia contra as mulleres, pode consultarse a información do Instituto Europeo da Igualdade de Xénero (EIGE). Acceso

⁶ Pode verse un panorama explicativo do marco institucional español dentro da *Estratexia estatal para combater as violencias machistas 2022-2025* (Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero, 2022). Acceso

⁷ O Convenio de Istambul forma parte deste marco institucional xunto con outros instrumentos, por exemplo, o Convenio para a protección dos dereitos humanos e das liberdades fundamentais (STE núm. 5, 1950) e os seus protocolos, o Convenio do Consello de Europa sobre a loita contra a trata de seres humanos (STCE núm. 197, 2005) e o Convenio do Consello de Europa para a protección dos nenos contra a explotación e o abuso sexual (STCE núm. 201, 2007).

- É considerado un chamamento para que exista unha maior **igualdade entre mulleres e homes**, dado que a violencia contra a muller está profundamente arraigada na desigualdade de xénero na sociedade e perpetuouse a través dunha **cultura de tolerancia e negación**.
- No termo «muller» **inclúe as nenas menores** de 18 anos.
- É extensivo na súa definición das **formas de violencia** (artigo 3; véxase ilustración inferior). Abarca as menos coñecidas pola sociedade e indica —xunto coas recomendacións do seu mecanismo institucional de seguimento, denominado GREVIO—⁸ a obrigatoriedade da **súa consideración nas políticas de todos os niveis**.

Ilustración 1. Definicións: artigo 3 do Convenio de Istanbul

a) Por «violencia contra a muller» deberase entender unha violación dos dereitos humanos e unha forma de discriminación contra as mulleres, e designaranse todos os actos de violencia baseados no xénero que implican ou poden implicar para as mulleres danos ou sufrimentos de natureza física, sexual, psicolóxica ou económica, incluídas as ameazas de realizar os devanditos actos, a coacción ou a privación arbitraria de liberdade, na vida pública ou privada.

b) Por «violencia doméstica» entenderanse todos os actos de violencia física, sexual, psicolóxica ou económica que se producen na familia ou no fogar ou entre cónxuxes ou parellas de feito antigos ou actuais, independentemente de que o autor do delito comparta ou compartise o mesmo domicilio ca a vítima.

c) Por «xénero» entenderanse os papeis, comportamentos, actividades e atribucións socialmente construídos que unha sociedade concreta considera propios de mulleres ou de homes.

d) Por «violencia contra a muller por razóns de xénero» entenderase toda violencia contra unha muller porque é unha muller ou que lles afecte ás mulleres de maneira desproporcionada.

e) Por «vítima» entenderase toda persoa física que estea sometida aos comportamentos especificados nos apartados a e b.

Fonte: Instrumento de ratificación do Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra a muller e a violencia doméstica, feito en Istanbul o 11 de maio de 2011

⁸ Grupo de expertos na loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica (GREVIO). É un órgano de expertos independentes. Primeiro informe de avaliación GREVIO sobre España (2020); General Recommendation nº 1 on the digital dimension of violence against women (2021); Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline evaluation reports (2022).

- O Convenio esíxelles aos estados parte **criminalizar ou sancionar as seguintes condutas**⁹: violencia doméstica (violencia física, sexual, psicolóxica ou económica), acoso, violencia sexual (incluída a violación e o acoso sexual), matrimonio forzoso, **crimes «de honra»**, mutilación xenital feminina e **aborto e esterilización forzosos**.
- **Salienta a participación** de todos os organismos e servizos estatais pertinentes, con obxecto de afrontar a violencia de forma coordinada. Isto significa que os organismos e as ONG non deberían actuar de forma illada, senón establecer protocolos de cooperación (Consello de Europa, 2012:2).

O Convenio de Istambul foi **ratificado por España**¹⁰ **no ano 2014** e considérase, polo tanto, normativa propia do Estado.

- A súa entrada en vigor **implica a aliñación da normativa e programas públicos** ao longo do país. Este é un proceso que está levando máis tempo do desexado. A súa implantación progresiva está supoñendo a **necesaria actualización das políticas públicas a un marco de intervención máis extenso e eficaz** sobre a violencia contra as mulleres, que abarque as formas menos coñecidas de violencia.
- Desde hai dúas décadas, **España destacou pola súa iniciativa legislativa** en materia de igualdade entre mulleres e homes, o recoñecemento dos dereitos do colectivo LGTBIQ+ e a loita contra a violencia contra as mulleres¹¹. Na actualidade, aínda que as súas políticas tratan de actualizarse para mellorar a súa aliñación co Convenio de Istambul, requírese dun maior impulso respecto da violencia reprodutiva e respecto dos crimes en nome «da honra». Iso é patente no marco institucional vixente que, malia os avances, **non reflicte suficientemente a acción sobre estas violencias**. En canto aos impulsos recentes, referímonos ao Pacto de Estado en materia de violencia de xénero (renovado o 25/11/2021)¹², á Estratexia estatal para combater as violencias machistas 2022-2025 (EEVM) e a varios cambios legislativos recentes como a Real decreto lei 6/2022, do 29 de marzo, polo que se adoptan medidas urxentes no

⁹ Alude ao resto de instrumentos internacionais respecto doutras violencias, como son a trata de seres humanos e a explotación sexual.

¹⁰ Véxase o instrumento de ratificación do Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra a muller e a violencia doméstica, feito en Istambul o 11 de maio de 2011 (BOE núm. 137, do 06/06/2014). Acceso

¹¹ Toda a normativa referente á igualdade e á violencia contra as mulleres está compilada polo *Boletín Oficial del Estado no Código de igualdad* (acceso) e no *Código de violencia de género y doméstica* (acceso), respectivamente.

¹² Véxase un resumo do pacto na web oficial da DGVX. Acceso

marco do Plan nacional de resposta ás consecuencias económicas e sociais da guerra en Ucraína¹³; a Lei orgánica 10/2022, do 6 de setembro, de garantía integral da liberdade sexual; a Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo; e a outras normas que modificaron a Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero¹⁴.

Xunto co instrumento de ratificación do Convenio de Istambul (2014), España dispón do **Pacto de Estado contra la violencia de xénero (PECVX)** (renovado en 2022) e da **Estratexia estatal para combater as violencias machistas (EEVM) 2022-2025**, aprobada polo Consello de Ministras e Ministros o 22 de novembro de 2022. De acordo co Ministerio de Igualdade, esta estratexia constitúe un instrumento de planificación e ordenación de todas as actuacións das políticas públicas destinadas a previr e combater todas as violencias contra as mulleres.

A EEVM 2022-2025, alude a *estoutras formas* de VCM e, polo tanto, favorece o impulso de novas actuacións. Desta forma, grazas ao Convenio de Istambul e outras iniciativas europeas posteriores a el, xunto coa EEVM e os instrumentos propios dalgunhas comunidades autónomas (CCAA), dispoñemos de suficientes ferramentas para poder intervir con maior eficacia sobre *todas as formas* de violencia, tamén as menos visibles para a sociedade, e **desde todos os niveis da Administración**.

2.2. Obxectivos do diagnóstico

Os obxectivos do diagnóstico teñen unha **natureza exploratoria e descritiva**, dado o descoñecemento que existe sobre as formas de violencia que nos ocupan. É un estudo que tamén ten un **carácter propositivo**, pois realízanse recomendacións e propostas para a intervención local sobre estas.

Os obxectivos que foron establecidos para o diagnóstico son os seguintes:

- **Describir a situación actual** que existe en España sobre as formas de violencia exercida sobre as mulleres que atentan contra a súa capacidade e dereito á reprodución, incluídos os crimes en nome da «honra», fundamentalmente en

¹³ Inclúe un modelo de acreditación unificado da condición de vítima de trata de seres humanos ou de explotación sexual e a atención telefónica ás vítimas no 016, entre outras medidas.

¹⁴ Véxase o contexto institucional de cambios e reformas normativas que se detallan na EEVM 2022-2025.

relación coas necesidades, situacións e potenciais usuarias do servizo ATENPRO, as súas fillas e fillos.

- Mellorar o coñecemento existente sobre **a intervención e as necesidades das entidades locais** sobre estas violencias desde unha perspectiva integral.
- **Realizar propostas** para a súa aproximación e intervención por parte de servizos de atención social de carácter municipal e para o posible itinerario de intervención que poderían ofertar as entidades locais adheridas a ATENPRO.
- Contribuír á definición, organización, deseño e desenvolvemento da **plataforma** que albergará a atención e protección de todas as formas de violencia contra as mulleres impulsada pola FEMP.
- Identificar **pautas para a formación e atención** por parte das e dos profesionais da atención ás usuarias de ATENPRO, as súas fillas e fillos.

2.3. Metodoloxía

2.3.1. Enfoque metodolóxico

Trátase dun estudo de carácter **exploratorio e descritivo** que empregou un enfoque metodolóxico mixto (cuantitativo e cualitativo) en relación co uso de técnicas de recollida e análise da información.

A triangulación metodolóxica (Denzin, 2017) débese á distinta natureza dos datos dispoñibles e dos diferentes obxectivos do estudo. Deste xeito, ademais da procura e análise de fontes secundarias, empregouse a enquisa e a entrevista semiestruturada.

- **A enquisa** empregouse como técnica de consulta baixo unha perspectiva distributiva para identificar as experiencias e as opinións de organizacións expertas e entidades locais.

En canto á **análise estatística**, as fontes que miden ou rexistran información sobre violencia contra as mulleres son moi limitadas e, no caso das tipoloxías que nos ocupan, son practicamente inexistentes. Ningunha se dirixe ao estudo da prevalencia destas. A pesar diso, realizouse unha explotación propia dalgunhas preguntas da Macroenquisa de violencia sobre a muller (DGVG, 2019). Así mesmo, consultáronse fontes institucionais (como a Estatística do padrón continuo, a Estatística sobre interrupcións voluntarias do embarazo, a Enquisa nacional de fecundidade, o Rexistro da Dirección Xeral de Españaís no Exterior e de Asuntos Consulares, entre outras).

- A perspectiva cualitativa, enfocada ao estudo da experiencia e a análise de contido, realizouse a través da **análise documental** e das **entrevistas semiestruturadas** a persoas expertas e persoal técnico de servizos que atenden as vítimas desde diferentes perspectivas.

A investigación **desenvolveuse en tres fases** que abarcaron de marzo a agosto de 2023.

Fase I: revisión de literatura e enquisa

A primeira fase iníciase en marzo de 2023. Centrouse na localización e análise de fontes secundarias especializadas e na procura de persoas expertas e entidades locais con experiencias de interese. Isto último supuxo un primeiro mapeo de prácticas e a elaboración do marco de mostraxe necesario para as enquisas e as entrevistas.

As enquisas realizáronse en liña a través dunha plataforma profesional do 26 de maio ao 13 de xuño de 2023. O **traballo de campo coas EELL** realizouse grazas á colaboración da FEMP, que enviou unha carta de invitación por correo electrónico coa ligazón pertinente a través da súa base de datos. Distribuíuse a 7410 entidades locais. Ademais, remitiuse unha versión en inglés ao Consello de Municipios e Rexións de Europa (CCRE/CEMR) para que fose distribuída entre os seus asociados. Obtivéronse 288 respostas, das cales 9 foron entidades locais europeas (de Reino Unido, Francia e Bélxica). En canto á enquisa ás **organizacións e persoas expertas**, distribuíuse a través dun procedemento similar directamente desde Red2Red a partir dun marco de mostra de 150 referencias. Obtivéronse 108 respostas.

En total implementáronse os seguintes **cinco cuestionarios**:

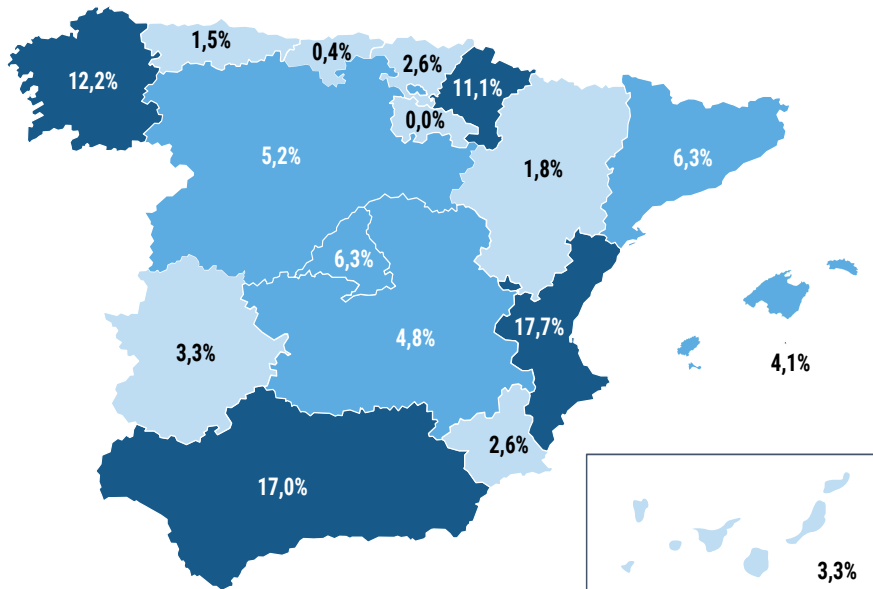
Táboa 1. Número de cuestionarios realizados e respostas obtidas

| Enquisa | Respostas |
|---|------------|
| Entidades locais | 288 |
| • españolas | 279 |
| • europeas | 9 |
| Organizacións e persoas expertas | 108 |
| • sobre violencias reprodutivas | 73 |
| • sobre xestación subrogada | 17 |
| • sobre crimes de honra | 18 |

Fonte: Elaboración propia a partir do traballo de campo

A distribución das EELL da **mostra final por CCAA** pode verse de forma gráfica na ilustración seguinte.

Ilustración 2. Distribución das EELL participantes na enquisa segundo as CCAA (% sobre o total)



Red2Red (2023). Enquisa a entidades locais sobre outras formas de violencia contra as mulleres

Os cuestionarios tiveron un nivel de finalización desigual e non todas as preguntas eran obrigatorias. Dada a natureza das violencias estudadas, case a totalidade das preguntas tiñan un carácter aberto e, polo tanto, era un cuestionario marcadamente cualitativo. Ao mesmo tempo, diferentes servizos dunha mesma entidade local ou ONG podían responder a un mesmo cuestionario desde distinta *expertise*. Por iso o número de respostas difire do número de EELL (229) e organizacións (49) participantes nas enquisas (véxanse os anexos 1 e 2).

Fase II e III: experiencias de interese (entrevistas) e análise relacional

A segunda fase da investigación centrouse na análise de experiencias de atención a vítimas de VR e CNH, fundamentalmente a través de entrevistas semiestruturadas. **Realizouse un total de 17 entrevistas nas que tomaron parte 25 informantes expertas** (véxase o anexo 3).

Algunhas entrevistas foron individuais e outras tiñan un carácter de triangulación, polo que tomaron parte varias profesionais. Todas constaron do consentimento previo informado e foron gravadas en audio/vídeo e transcritas de forma literal. A duración media foi de dúas horas e leváronse a cabo entre xuño e xullo de 2023.

As principais dificultades do traballo de campo estiveron relacionadas coa **falta de experiencias expertas por parte de entidades locais e de ONG**. Non existen servizos públicos especializados nestas temáticas e hai poucas experiencias desde a sociedade civil organizada e do movemento asociativo de mulleres e feminista.

No caso da VR, en xeral, as experiencias locais están relacionadas coa VS e coa VX no ámbito da parella/exparella e as súas consecuencias no ámbito reprodutivo, pero carecen da especificidade do Convenio de Istambul. Por esta razón acudíuse en maior medida ás entidades de discapacidade —ou muller e discapacidade— que si realizan servizos expertos e traballan en coordinación con servizos públicos. Son as entidades con maior traxectoria e *expertise* en VR. Todas as mulleres poden beneficiarse diso, teñan ou non discapacidade.

Identificáronse **sete prácticas de interese** en cuxa análise participaron **dez informantes**. No anexo 3 descríbese o seu perfil, son as seguintes:

(1) Servicio de Apoyo a Mujeres y Niñas con Discapacidad Víctimas de Violencia de Género de Cermi-Estremadura; (2) Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares (CRPS); (3) Proxecto Construindo Sexualidades do Concello de Los Realejos-Asociación Estatal Sexualidad y Discapacidad; (4) Servicio Alba de Atención y Acompañamiento a Mujeres Sordas da CNSE; (5) canle de apoio sociolegal a mulleres con parálise cerebral vítimas de violencia de xénero da Confederación ASPACE; (6) Observatorio de la Mujer de Plena Inclusión Madrid; (7) unidades de asistencia especializada a mulleres con discapacidade vítimas de VX de CODISA PREDIF Andalucía.

No caso da xestión **subrogada ou por substitución**, o perfil de entidades e expertas na materia no noso país céntrase na denuncia e concienciación sobre esta práctica, pero non no traballo con vítimas. Por iso se recorreu a investigadoras que si están en contacto con vítimas no estranxeiro.

Non se localizaron organizacións formais en España nin na Unión Europea que ofrezan servizos de apoio institucionais para as vítimas, recoñecéndolas como tales, pois non está recollido como delito en moitos países da nosa rexión e non hai maior desenvolvemento institucional ao respecto. O traballo realizado implicou o estudo de fontes secundarias e da atención realizada por expertas a vítimas fóra de España (véxase o anexo 3).

Respecto da violencia conceptualizada como **crimes en nome «da honra»** (CNH), a súa abordaxe en España non se realiza baixo esta perspectiva, senón que se fai de modo segmentado respecto de fenómenos concretos e sobre todo arredor dos dous ámbitos máis coñecidos: a mutilación xenital feminina (MXF) por unha banda e os matrimonios forzosos por outra. Iso débese á falta de especificidade normativa e ás carencias institucionais sobre esta violencia.

Dado que, en paralelo a esta investigación, a **FEMP impulsaba outro estudo que recolle matrimonios forzados e MXF**, esta investigación centrouse en experiencias internacionais que traballan no ámbito local e teñen unha traxectoria sólida na atención ás vítimas de CNH. Ademais de entrevistar dúas expertas españolas, analizáronse 2 prácticas —a do centro de crise PAPATYA de **Alemaña** e IKWRO do **Reino Unido** (véxase o anexo 3)— e estudáronse —a través de fontes secundarias— outros exemplos: o do Centro Nacional contra a Violencia e a Opresión relacionada coa Honra (*Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck*) de **Suecia** e tres experiencias de interese de ONG no **Reino Unido**.

Finalmente, ante a falta dun marco institucional máis concreto sobre estoutas *formas de violencia* e dada a inespecificidade de moitas das experiencias en España, decidiuse fortalecer a recollida de datos desde **un enfoque prospectivo**, que mellorase a calidade da información e as recomendacións para a acción.

Por este motivo, realizáronse entrevistas para valorar as **potencialidades de atención a outras violencias en servizos consolidados e estratexias institucionais** de atención a mulleres vítimas de violencia. Deste xeito, consultouse a Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero (Ministerio de Igualdade), UNHCR Spain (ACNUR), Cruz Vermella Española e o Concello de Madrid (véxase o anexo 3).

A **última fase do estudo** centrouse na análise interrelacional da información e na elaboración de propostas e recomendacións para un modelo local de intervención a partir dos datos analizados e da información recompilada.

2.3.2. Principios de traballo

A investigación realizouse de acordo cos seguintes criterios:

- **Enfoque de xénero interseccional e perspectiva feminista**, como teoría crítica e ética. Recoñécese que as experiencias sobre o xénero das persoas difiren en

función da súa intersección con outras variables de desigualdade; as cales implican discriminacións múltiples. Recoñécese tamén o labor e o papel das organizacións locais de mulleres para o impulso e desenvolvemento de políticas de igualdade.

- **Garantía de dereitos e centralidade sobre a vítima, as súas fillas e fillos.**
Préstase especial atención á non discriminación e ás situacións de maior vulnerabilidade: socioeconómica, por idade, cultural, orixe étnica ou racialización, polo tipo de discapacidade ou situación administrativa de estranxeiría.
- **Atención aos retos sinalados polo GREVIO** nas súas recomendacións e informes en relación con España sobre a avaliación (art. 6 e 11), a interseccionalidade (art. 4.3), a coordinación (art. 7), e co cumprimento efectivo da de dilixencia debida (art. 5).
- **Especificidade da política local de igualdade**, tendo en conta as súas competencias e a súa centralidade na vida das vítimas; así como as diferenzas que existen respecto da pluralidade territorial e política en España, de tamaño de hábitat, e o carácter rural dalgunhas entidades locais.

II. O DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN

3. Violencia contra a capacidade e o dereito á reprodución

3.1. Caracterización e tipoloxías

Hai case dúas décadas, o *Estudo a fondo sobre todas as formas de violencia contra a muller das Nacións Unidas* (2006) concluíu que **o control sobre a sexualidade e a capacidade de reprodución das mulleres é un dos medios polos que se manteñen a dominación masculina e a subordinación das mulleres** na nosa sociedade e en todas as culturas.

A ONU estableceu, no primeiro estudo de ámbito mundial deste tipo, que a desigualdade de xénero entre homes e mulleres transcende calquera acción individual. A violencia contra as mulleres (VCM) implica que calquera exercicio de violencia, «en virtude das súas funcións punitiva e de control, tamén reforza as normas de xénero vixente», polo que toda violencia contra as mulleres perpetúa esa desigualdade (ONU, 2006: parágrafos 72 e 73).

A violencia contra a capacidade e o dereito á reprodución ou violencia reprodutiva (en diante, **VR**) é unha forma de violencia contra as mulleres que se refire a calquera forma de **abuso, coacción, discriminación, explotación ou violencia que pon en perigo a autonomía reprodutiva dunha persoa** (UNFPA, 2021; 2022).

En España, a EEVM 2022-2025 recolle que, a violencia contra as mulleres no ámbito reprodutivo «se pode definir como todo acto baseado na discriminación por motivos de xénero que atente contra a integridade ou a autodeterminación das mulleres no ámbito da saúde sexual e reprodutiva, a súa libre decisión sobre a maternidade, o seu espazamento e oportunidade, incluídos o aborto e a esterilización forzosos» (DGVX, 2022: 50).

A **autonomía reprodutiva** alude á capacidade e exercicio da anticoncepción, do embarazo e do número de fillos que se queren ter e cando. Afecta directamente á capacidade de gozar dunha **vida sexual satisfactoria e sen riscos**, o cal é un ámbito indisoluble dos **dereitos sexuais e reprodutivos** (DSR) de todas as persoas e, polo tanto, da saúde sexual e reprodutiva (SSR).

3.2. Formas de VR

A partir dos achados do estudo, consideramos que a VR pode caracterizarse arredor da seguinte tipoloxía que comprende as **seis formas ou tipoloxías fundamentais**¹⁵:

1. Falta de atención á saúde sexual e reprodutiva
2. Obstáculos ou prohibición da anticoncepción e da interrupción voluntaria do embarazo
3. Violencia xinecolóxica e obstétrica arredor do parto.
4. Prácticas nocivas (por exemplo, matrimonio infantil, matrimonio forzado, mutilación xenital feminina, inspección da virxindade)
5. Xestación por substitución ou xestación subrogada
6. Anticoncepción, aborto e/ou esterilización forzados para o control menstrual e/ou o impedimento do exercicio libre da maternidade

A presente investigación céntrase exclusivamente nas dúas últimas tipoloxías. Non obstante, para comprender a dimensión e a importancia do conxunto de formas nas que se manifesta a VR, explícanse —brevemente— as súas principais características, dado que existe unha interrelación entre as distintas tipoloxías da VR.

1- A primeira forma de VR alude á **falta de atención á saúde sexual e reprodutiva** das persoas.

Esta atención debe proverse desde a sanidade pública, de maneira **universal e gratuíta**. Debe dirixirse **a todas as persoas** con independencia da súa identidade e orientación sexual, e debe procurarse **ao longo de toda a vida**.

Fai referencia, fundamentalmente, ao acceso a servizos públicos sociosanitarios especializados, incluídos os destinados á menstruación e os trastornos relacionados coa menstruación; información e orientación sexual e de planificación familiar; atención e prevención das infeccións de transmisión sexual; e acceso á reprodución asistida¹⁶.

¹⁵ A violencia reprodutiva é un ámbito de investigación incipiente desde as ciencias sociais, con maior traxectoria no ámbito sanitario e por parte das organizacións de defensa dos DSR das mulleres. Iso supón que, en función do coñecemento que se vaia xerando nun futuro, esta tipoloxía pode cambiar e verse ampliada. Por exemplo, algunhas das expertas consultadas consideran que algunhas prácticas comerciais que fomentan a doazón de óvulos poderían considerarse dentro desta conceptualización da VR.

¹⁶ Para ter un panorama da situación en España véxanse os traballos da Federación de Planificación Familiar Estatal *et al.* (2017). *Deficiencias e inequidade en los servicios de salud sexual y reproductiva en España*. Informe en liña (acceso);

2- A segunda tipoloxía, aínda que pode considerarse parte da primeira, aglutina varias formas específicas de especial relevancia: por unha banda, **a prohibición e/ou os obstáculos para acceder a métodos de anticoncepción e de interrupción voluntaria do embarazo** (IVE), e por outra, **o embarazo forzado**.¹⁷

O embarazo forzado é unha violación dos dereitos humanos. O Fondo de Poboación das Nacións Unidas (UNFPA) sinalou de forma reiterada que todas as formas de anticonceptivos modernos teñen unha taxa de fallo, que os embarazos non intencionais se producen a calquera idade e que os sistemas de saúde deben de garantir o aborto seguro. É, ademais, unha forma **na que se manifestan outras VCM**, como son as prácticas nocivas, as violencias sexuais e a violencia no ámbito da parella.

O embarazo forzado é **especialmente preocupante cando se produce en nenas e adolescentes** porque adoita ser un indicador de violación e abusos sexuais. Tal e como sinala o Fondo das Nacións Unidas para a Infancia (UNICEF, nas súas siglas en inglés), «aos riscos propios do embarazo en idades temperás, súmanse os riscos derivados do impacto emocional da violencia, a culpabilización, o silenciamento, a falta de contención e de apoio que se manifesta cando ese abuso non foi detectado. O embarazo é así unha continuidade da situación do abuso que lle deu orixe. Se non puido ser contado ou se foi silenciado pola contorna, o embarazo tamén estará rodeado de ocultación e estigma» (UNICEF 2018:17).

No noso país, a dificultade de acceso **aos métodos de anticoncepción e á IVE** ten diversas causas¹⁷. Existe unha alta variabilidade na garantía destes dereitos nos territorios que abarcan as comunidades autónomas¹⁸. A Sociedade Española de Contracepción (SEC, 2019), nun dos seus informes previos ao cambio de lexislación actual, sinalaba que as principais causas son as dificultades de accesibilidade, financiamento e formación tanto de profesionais como de usuarias/os.

e o traballo da Asociación Mujeres para la Salud (AMS) (2017). Informe *Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres*. Documento en liña (acceso).

¹⁷ Para coñecer datos sobre a situación actual, véxase L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2020). *El acceso al aborto en el Estado español: principales barreras* (acceso); 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* (acceso); Sociedad Española de Contracepción (SEC) (2019). *Informe de la situación de la anticoncepción, SSyRR, e IVE en España*. Documento en liña (acceso).

¹⁸A organización territorial de España consta de tres niveis: o Estado ou organización central, as comunidades autónomas e as entidades locais. O territorio está organizado en 17 comunidades autónomas e as cidades autónomas de Ceuta e Melilla. Para acceder a información sobre o seu funcionamento, véxase o Ministerio de Política Territorial (acceso).

A normativa actual que regula estes dereitos, a Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo (xunto coa Lei orgánica 11/2015, do 21 de setembro, para reforzar a protección das menores e mulleres con capacidade modificada xudicialmente na interrupción voluntaria do embarazo), é demasiado recente na súa aplicación e non hai datos aínda con respecto ao seu impacto na situación española.

No preámbulo II á norma, ponse de manifesto a **necesidade de mellorar a protección e a garantía dos dereitos relacionados coa saúde sexual e reprodutiva** de maneira integral. Con respecto ás IVE, sinala que a maioría se acaban producindo en centros extrahospitalarios de carácter privado (o 78,04 % no ano 2020), polo que «estamos moi lonxe de que se poida garantir» esa intervención en centros públicos.

Respecto dos impedimentos á **IVE**, é importante sinalar que a normativa relativa aos prazos de aborto libre (dentro das primeiras 14 semanas de xestación) foi declarada constitucional en España. A sentenza do Pleno do Tribunal Constitucional do 9 de maio de 2023¹⁹ así o reflicte e indicou «a obriga das administracións públicas de asegurar a prestación de interrupción voluntaria do embarazo» como parte «dese deber positivo de velar pola efectividade dos dereitos fundamentais». Ademais, subliña a importancia da incorporación da perspectiva de xénero nas políticas sanitarias, educativas e sociais para a saúde sexual e reprodutiva.

3- A terceira tipoloxía de VR é **a violencia xineco-obstétrica ou violencia contra a muller na atención ao parto**²⁰, que comprende o conxunto de intervencións xinecolóxicas ou obstétricas inadecuadas ou innecesarias sobre as mulleres, en relación co parto (cesáreas, episiotomías ou partos instrumentais inxustificados).

En xeral, tende a definirse como unha violencia contra a muller «consistente nunha acción ou omisión que atenta contra os dereitos de saúde, reprodutivos e sexuais da muller, e abarca os períodos de xestación, libramento, puerperio e ciclos reprodutivos» (Guerrero-Sotelo *et al.*, 2019: 27). Desde a perspectiva crítica feminista considérase unha «apropiación do corpo e

¹⁹ Véxase a sentenza do Pleno do Tribunal Constitucional: Sentenza 44/2023, do 9 de maio de 2023. Recurso de inconstitucionalidade 4523-2010 (ECLI:É:TC:2023:44) (BOE núm. 139, do 12 de xuño de 2023, sección do Tribunal Constitucional). Acceso

²⁰ Esta é a denominación empregada polo Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller das Nacións Unidas (CEDAW) en relación con estas prácticas. A Relatoría Especial sobre a Violencia contra a Muller, as súas Causas e Consecuencias das Nacións Unidas (2019) indica que o termo aínda non se recolle explicitamente no dereito internacional dos dereitos humanos, polo que tamén emprega «violencia contra a muller durante a atención do parto».

procesos reprodutivos das mulleres por persoal de saúde, que se expresa nun trato deshumanizador, nun abuso de medicalización e patoloxización dos procesos naturais (...)» (Bellón-Sánchez, 2015: 93).

No ano 2014, a Organización Mundial da Saúde (en diante, OMS) xa alertou sobre a súa **relevancia mundial**: «un número cada vez maior de investigacións sobre as experiencias das mulleres no embarazo e, en particular, no parto presentan un panorama alarmante». Ademais, a OMS indicou que «é máis probable que as mulleres adolescentes, as solteiras, as de nivel socioeconómico baixo, as que pertencen a unha minoría étnica, as inmigrantes e as que padecen VIH, entre outras, sufran un trato irrespectuoso e ofensivo» (OMS, 2014: 1). O que implica ter en conta que hai mulleres cuxas circunstancias lles fan ser máis vulnerables ante esas prácticas.

Así mesmo, a Relatoría Especial sobre a Violencia contra a Muller, as súas Causas e Consecuencias das Nacións Unidas, no *Informe sobre un enfoque baseado nos dereitos humanos dos malos tratos e a violencia contra a muller nos servizos de saúde reprodutiva, con especial fincapé na atención do parto e a violencia obstétrica* (2019), recolle que «se demostrou que esta forma de violencia é un fenómeno xeneralizado e sistemático».

Pola súa banda, en España, a **Estratexia estatal contra as violencias machistas** (EEVM) 2022-2025 menciona esta práctica e sinala que non existen estatísticas oficiais que permitan analizar o alcance real deste tipo de violencia no noso país. España foi reprobada polo Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller das Nacións Unidas (en diante, CEDAW) en tres ocasións por este tipo de VR.

A ausencia de datos nacionais e a necesidade de paliar a foille evidenciada ao Estado español polo Comité (CEDAW/C/75/D/138/2018), que instou o Estado —entre outras cuestións— á realización de estudos e á implementación de medidas correctivas (CEDAW/C/84/D/154/2020, Ditame do Comité do 7 de marzo de 2023).

Ao longo do territorio nacional, diferentes asociacións de mulleres relacionadas co ámbito da saúde denunciaron estas prácticas de VR, entre elas, a asociación El Parto es Nuestro e o Observatorio de Violencia Obstétrica. É necesario indicar que a Lei 17/2020, do 22 de decembro, de modificación da Lei 5/2008, do dereito das mulleres a erradicar a violencia machista da

Comunidade Autónoma de Cataluña²¹, foi a primeira norma europea en recoñecer a existencia da violencia obstétrica como violencia de xénero. Desde o ano 2007, en América Latina numerosos países lexislaron na súa normativa sobre VCM sobre a violencia obstétrica (véxase Bellón Sánchez, 2015).

4- A cuarta forma de VR está relacionada **coas prácticas nocivas** que teñen especial impacto na saúde sexual e reprodutiva das nenas, adolescentes e mulleres.

Algunhas destas prácticas son o matrimonio infantil, o matrimonio forzado, a mutilación xenital feminina e as probas de virxindade. Tamén son consideradas como violencia sexual, polo que adoitan atoparse categorizadas de tal modo²². Ademais, están **profundamente vinculadas aos crimes en nome «da honra»** (véxase o capítulo 10).

Os estados teñen a obriga de **eliminar e previr** estas prácticas e **de protexer** as mulleres delas. Iso menciónase de forma explícita en varios tratados internacionais de dereitos humanos, así como na Convención de Istambul, ratificada por España no 2014. Nesta liña, o Alto Comisionado das Nacións Unidas para os Dereitos Humanos (OHCHR, nas súas siglas en inglés) reiterou a importancia de que os estados «elaboren e aproben programas de concienciación integrais para cuestionar e cambiar as actitudes, tradicións e costumes culturais e sociais que son a causa subxacente das formas de conduta que perpetúan as prácticas nocivas» (OHCHR, s. d.).

²¹ Lei 5/2008, do 24 de abril, do dereito das mulleres a erradicar a violencia machista. Publicada no DOGC núm. 5123, do 08/05/2008, e no BOE núm. 131, do 30/05/2008 (acceso). Art. 4.d) Violencia obstétrica e vulneración de dereitos sexuais e reprodutivos: consiste en impedir ou dificultar o acceso a unha información veraz, necesaria para a toma de decisións autónomas e informadas. Pode afectar aos diferentes ámbitos da saúde física e mental, incluída a saúde sexual e reprodutiva, e pode impedirilles ou dificultarlles ás mulleres tomar decisións sobre as súas prácticas e preferencias sexuais, e sobre a súa reprodución e as condicións en que se leva a cabo, de acordo cos supostos incluídos na lexislación sectorial aplicable. Inclúe a esterilización forzada, o embarazo forzado, o impedimento de aborto nos supostos legalmente establecidos e a dificultade para acceder aos métodos anticonceptivos, aos métodos de prevención de infeccións de transmisión sexual e do VIH, e aos métodos de reprodución asistida, así como ás prácticas xinecolóxicas e obstétricas que non respecten as decisións, o corpo, a saúde e os procesos emocionais da muller.

²² Na Estratexia nacional de saúde sexual e reprodutiva recóllese de feito desta forma: «A violencia sexual abarca o sexo baixo coacción de calquera tipo, incluído o uso da forza física, as tentativas de obter sexo baixo coacción, a agresión mediante órganos sexuais, o acoso sexual, incluída a humillación sexual, o matrimonio ou cohabitación forzados, incluído o matrimonio de menores, a prostitución forzada e a comercialización e o tráfico de nenas/os e mulleres, os abortos e embarazos forzados, a denegación do dereito a facer uso da anticoncepción ou a adoptar medidas de protección contra infeccións, e os actos de violencia que afecten á integridade sexual das mulleres, tales como a mutilación xenital feminina e as inspeccións para comprobar a virxindade. Estas agresións teñen as súas profundas raíces nas desigualdades de xénero e nas relacións de poder, e son, pola súa vez, unha das manifestacións máis desoladora desta» (Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade, 2011: 53).

En relación coas **probas de virxindade**, a Organización Mundial da Saúde (OMS) estableceu que é unha forma de discriminación de xénero e que se trata dunha práctica acientífica, ineficaz e humillante que constitúe unha violación dos dereitos humanos das mulleres. Dada a súa prevalencia en España e a súa relación cos CHN, considerouse de interese profundar nas súas características.

A inspección da vaxina en busca do hime²³ baséase na crenza de que o aspecto dos xenitais femininos pode revelar se se tiveron relacións sexuais (vaxinais). Realízanse persoas clave da comunidade ou profesionais sanitarios aos que se lles asigna un coñecemento na materia.

Estas probas, que **carecen de validez científica**, poden causar dor, inducir a cirurxías²⁴ dolorosas e innecesarias, e teñen consecuencias sociais prexudiciais para as nenas e mulleres no caso de obter unha interpretación negativa (non «ser virxe»), polo que **están relacionadas coa violencia ou crimes en nome «da honra»**.

No ano 2018 as Nacións Unidas realizaron un chamamento mundial²⁵ para que todos os gobernos prohiban esta práctica e se traballe coas comunidades onde se realiza para **erradicala**. En España esta prohibición está aínda pendente de concretarse, non se recolle na ENSSR, a EEVM nin tampouco na lexislación vixente.

De acordo coa **Declaración para eliminar os test de virxindade** (WHO, ONU Mulleres, OHCHR, 2018:7), a «*virxindade* non é un termo médico nin científico, senón un concepto social, cultural e relixioso que reflicte a discriminación de xénero contra as mulleres e as nenas; (...) baséase no estereotipo de que a sexualidade feminina debe reducirse ao matrimonio. Esta noción é prexudicial para as mulleres e as nenas no ámbito mundial» e, polo tanto, “os gobernos, os profesionais da saúde e as comunidades deben actuar para eliminar esta práctica”.

Así mesmo, puxo de manifesto que, para moitas mulleres «ten consecuencias negativas físicas, psicolóxicas e sociais a curto e longo prazo, tales como ansiedade, depresión e

²³ O hime é unha membrana elástica que teñen algunhas mulleres, non todas nacen con ela e, de tela, pode romper de forma accidental ou ao practicar certos. Non ten relación coa «virxindade» nin coa ausencia de relacións sexuais que, de feito, van máis alá da penetración vaxinal.

²⁴ As intervencións cirúrxicas baixo a denominación de «reconstrución do hime» (himenoplastia) recrean unha membrana para cubrir parcialmente a vaxina e tratar de asegurar que se produza un sangrado nas probas futuras de virxindade ou na primeira relación sexual con penetración vaxinal no matrimonio.

²⁵ Trátase dun chamamento multiagencia: World Health Organization, UN Human Rights Office, UN Women, «Eliminating virginity testing – An interagency statement» (acceso); (acceso á nota de prensa en castelán).

estrés postraumático. En casos extremos, as mulleres ou as nenas poden intentar suicidarse ou ser asasinadas en nome da *honra*» (WHO, ONU Mujeres, OHCHR, 2018:5).

5- A quinta tipoloxía de VR é a relativa á **xestación por substitución ou xestación subrogada (XS)**.

Esta forma de violencia reprodutiva alude ao **conxunto de procedementos** polos que unha muller acaba xestando un ou varios embrións (ten un embarazo), froito da fecundación do seu propio óvulo ou da transferencia de embrións, e dá a luz a un ou varios nenos/as para unha empresa, para outra persoa ou para unha parella.

Na XS estes procedementos **van máis aló do embarazo e do parto**; abarcan as prácticas comerciais de captación de clientes, a localización da nai xestante (altruísta ou comercial), os acordos ou contratos entre as partes, os procedementos médicos e loxísticos necesarios previos para lograr a concepción e para preparar hormonalmente a nai xestante, e tamén ao longo do embarazo ou embarazos (incluíndo abortos espontáneos e abortos forzosos), no parto e no posparto, así como o traslado e rexistro das e dos menores nados, e a xestión da situación de desamparo ou coidado daquelas criaturas que son rexeitadas pola parte compradora. En España **é unha práctica ilegal**. É unha das formas nas que afonda este estudo (véxase o capítulo 7).

6- A sexta tipoloxía de VR abarca o control da menstruación e o impedimento do exercicio libre da maternidade mediante **a esterilización forzada, o aborto forzado e/ou anticoncepción forzada (AEAF)**.

Trátase dunha VR que sofren **en maior medida as mulleres con discapacidade e as mulleres con enfermidade mental**, aínda que non exclusivamente.

A anticoncepción coercitiva e a esterilización son prácticas fortemente asociadas a estereotipos sobre a maternidade e a sexualidade concibidos baixo noções capacitistas e racistas, polo que están afectadas moitas máis mulleres. Pola súa banda, o aborto forzado pode producirse baixo as mesmas premisas, pero tamén pode ser un indicador dun fenómeno máis complexo, a selección do sexo do bebé con nesgo de xénero; que se considera unha forma máis de discriminación cara ás mulleres e se materializa nunha manifestación de violencia contra as nais e as nenas.

O AEAF, ademais, pode ser un **indicador da presenza doutras violencias**, fundamentalmente de violencia sexual e de violencia no ámbito da parella/exparella.

Aínda que o **presente estudo se centra nas dúas últimas tipoloxías**, é importante resaltar que todas elas se enmarcan na violación dos **dereitos sexuais e reprodutivos**²⁶ (DSR) das mulleres.

3.3. Dereitos sexuais e reprodutivos

Os DSR forman parte da **noción integral da saúde humana** e por iso se inclúen nos Obxectivos de Desenvolvemento Sostible (ODS) da **Axenda 2030** das Nacións Unidas (2015). A súa protección e promoción compétenlles a todas as institucións.

UNFPA determina que unha **boa saúde sexual e reprodutiva** é un estado xeral de benestar físico, mental e social en todos os aspectos relacionados co sistema reprodutivo. Entraña a capacidade de gozar dunha vida sexual satisfactoria e sen riscos e de procrear, e a liberdade para decidir facelo ou non, cando e con que frecuencia.

Os DSR están recollidos como **dereitos humanos fundamentais** nos acordos internacionais do Programa de acción²⁷ mundial da Conferencia Internacional sobre a Poboación e o Desenvolvemento levada a cabo no Cairo en 1994 (CIPD)²⁸, cuxos compromisos foron renovados no Cumio de Nairobi en 2019 (CIPD +25), e na Declaración e plataforma de acción de Beijing aprobada na Conferencia Mundial das Mulleres de 1995, renovada nos seus sucesivos cumios internacionais de seguimento das Nacións Unidas.

Os DSR tenden a ser referenciados de forma resumida nunha **Carta de dereitos sexuais e reprodutivos**, como é a promovida pola Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), que contén os seguintes 10 artigos²⁹:

²⁶ Para ter máis información sobre DSR, véxase o traballo de UNFPA (acceso). Pode accederse a unha infografía compilatoria dos DSR na súa web (acceso).

²⁷ A CIPD «pediu garantir que todas as persoas teñan acceso a unha atención integral da saúde reprodutiva, incluída a planificación familiar voluntaria, os embarazos seguros e os servizos de parto, así como a prevención e o tratamento das infeccións de transmisión sexual. Tamén recoñeceu que a saúde reprodutiva e o apoderamento da muller son interdependentes e ambos son necesarios para o progreso social. O Programa de acción afirmou que «a participación plena e igualitaria da muller na vida civil, cultural, económica, política e social, no ámbito nacional, rexional e internacional, e a erradicación de todas as formas de discriminación por razón de sexo, son obxectivos prioritarios da comunidade internacional» (Nacións Unidas, s. d.).
CIPD: acceso ao texto da conferencia.

²⁸ En 1999 e 2014 realizáronse dous períodos extraordinarios de sesións da Asemblea Xeral das Nacións Unidas para avaliar a aplicación da CIPD de 1994 e adoptar medidas de fortalecemento.

²⁹ Os dereitos sexuais, especificamente, foron tamén recollidos de modo máis concreto nunha carta ampliada; véxase a Federación Internacional de Planificación da Familia (IPPF), 2010.

- | | |
|--|---|
| 1. Dereito á igualdade | 7. Dereito á atención e protección da saúde sexual e da saúde reprodutiva |
| 2. Dereito á autonomía sexual | |
| 3. Dereito á liberdade e integridade corporal | 8. Dereito á privacidade e á confidencialidade |
| 4. Dereito a decidir sobre as distintas opcións reprodutivas | 9. Dereito a optar polos diversos modos de convivencia |
| 5. Dereito á información | |
| 6. Dereito á educación sexual | 10. Dereito á participación e liberdade de opinión |

As **violacións de dereitos cometidas neste ámbito** contra as mulleres foron postas de relevancia hai case dúas décadas no informe final do Relator Especial sobre o dereito de toda persoa a gozar do máis alto nivel posible de saúde física e mental (2006) da Oficina do Alto Comisionado das Nacións Unidas para os Dereitos Humanos (OHCHR)³⁰. Esta denuncia está en liña co sinalado ao respecto polo Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (CESCR) e polo Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller (CEDAW) (véxase o capítulo 6).

Neste sentido, a OHCHR lembra que a saúde sexual e reprodutiva das mulleres «está relacionada con múltiples dereitos humanos, como o dereito á vida, o dereito a non ser torturada, o dereito á saúde, o dereito á intimidade, o dereito á educación e a prohibición da discriminación. Isto significa que os estados teñen a obriga de respectar, protexer e cumprir os dereitos relacionados coa saúde sexual e reprodutiva das mulleres» (2023).

As violacións á autodeterminación reprodutiva das mulleres constitúen **crimes moi graves** de acordo co dereito internacional humanitario. Neste sentido, o Estatuto de Roma da Corte Penal Internacional³¹ (1998; en vigor desde o 2002) define por primeira vez neste marco a violación, a escravitude sexual, a prostitución forzada, o embarazo forzado, a esterilización forzada e outras formas de violencia sexual como crimes contra a humanidade e crimes de guerra. O Estatuto

³⁰ Véxase a Asemblea Xeral das Nacións Unidas, nota do secretario xeral (2006). O dereito de toda persoa a gozar do máis alto nivel posible de saúde física e mental do 13 de setembro do 2006 A/61/338. Acceso

³¹ Instrumento de ratificación do Estatuto de Roma da Corte Penal Internacional, feito en Roma o 17 de xullo de 1998 (BOE núm. 126, do 27 de maio de 2002). Acceso

de Roma determina que estes delitos están ao mesmo nivel dos crimes internacionais máis atroces, constitutivos en moitos casos de tortura e xenocidio.

3.4. Vinculación da VR con outras violencias

A violencia reprodutiva **ten a súa propia especificidade**; con todo, é con frecuencia un **indicador doutras VCM**, sobre todo, da presenza de prácticas nocivas, violencias sexuais e da violencia nas relacións de parella.

As **prácticas nocivas** refírense fundamentalmente, como xa se explicou no apartado anterior, ao matrimonio infantil, o matrimonio forzoso, a mutilación xenital feminina e as probas de virxindade. A maioría destas prácticas tende a conceptualizarse como «violencia sexual». Farase referencia a varias delas con maior detalle no capítulo 11.

A **violencia sexual** para ser perpetrada require con frecuencia do exercicio específico da violencia reprodutiva, dado que os embarazos poden ser un indicador de violación e pode dificultar o exercicio continuado do abuso sobre as nenas, adolescentes e mulleres vítimas. Desta forma, son vítimas de VR como consecuencia da anterior as vítimas da explotación sexual en calquera das súas formas. Iso alude á situación das mulleres en situación de prostitución, na industria da pornografía e outros derivados comerciais, e sobre todo aquelas en situación de trata, tanto con fins de explotación sexual como de explotación laboral³².

Dentro da **violencia de xénero no ámbito da parella/exparella**, a reprodución é unha dimensión máis de abuso xunto coa física, a psicolóxica, a sexual e a económica. Na reprodución, polo tanto, tamén se produce control por parte do maltratador. Realízase tanto forzando o uso da anticoncepción, o aborto ou a esterilización para impedir futuros embarazos como todo o contrario, impedindo que a vítima acceda ou use métodos de planificación familiar provocando embarazos forzados. A pesar de que a violencia na parella/exparella foi a máis estudada, a dimensión reprodutiva está pouco explorada, polo que hai poucos datos.

Tanto a violencia sexual como a física e a psicolóxica exercida por un home que é —ou foi— parella dunha muller poden ter **graves consecuencias no ámbito reprodutivo**: provocar abortos polo medo e o estrés ou polas propias agresións, causar danos na muller e no feto, e pode producir embarazos froito das violacións.

³² Véxase ao respecto o estudo promovido pola FEMP (2023) sobre violencias sexuais.

Hai poucas posibilidades de explotación da **Macroenquisa de violencia contra a muller 2019** da Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero (en diante, DGVX) en relación coa VR; con todo, realizouse unha explotación estatística respecto dalgunhas das consecuencias da violencia sufrida, en concreto, o **aborto involuntario** que pode verse como unha consecuencia análoga ao aborto forzado. Os resultados obtidos explícanse a continuación³³.

Na **Macroenquisa 2019, o aborto involuntario** aparece como unha posible consecuencia da violencia sexual exercida polas parellas actuais ou pasadas das mulleres, así como por outras persoas distintas á parella.

Segundo os datos do ano 2019, os abortos involuntarios debidos á parella actual son practicamente inexistentes entre as mulleres que responden a enquisa (catro casos). Isto non significa que este tipo de violencia non exista, senón que é moi probable que, se sucede, a parella actual se convertese nunha parella do pasado e, polo tanto, non se contabilice nesta categoría. O anterior é apoiado polo achado de que os abortos involuntarios son algo máis frecuentes (pásase a n=53) cando se pregunta se foron causados por parellas pasadas.

Debido ao número de casos, non se poden apreciar diferenzas significativas segundo idade ou país de nacemento das mulleres que sufriron un aborto involuntario por violencia de xénero. Porén, a proporción de casos entre outras nacionalidades distintas á española parece maior, do mesmo xeito que os casos entre persoas que na actualidade están entre os 30 e os 49 anos. Estas conxecturas deben tomarse como meras hipóteses que cómpre explorar en futuras edicións.

A gran maioría dos casos atopados non son recentes, posto que o 79 % (41 casos dun total de 52) sucedeu hai máis de catro anos. Isto parece reforzar a idea de

³³ Para persoas diferentes á parella actual ou pasada, agresores homes, de violencia sexual, filtrouse polas condutas que poden ter como consecuencia un embarazo non desexado. Así, considerando outros tipos de violencia sexual fóra da parella, analizáronse as respostas á pregunta M3P2 e aos ítems:

- Obrigouna a manter relacións sexuais ameazándoa, suxeitándoa ou facéndolle dano dalgunha maneira. Por relacións sexuais queremos dicir penetración vaginal ou anal con pene ou obxectos, ou sexo oral.
- Obrigouna a manter relacións sexuais cando era incapaz de rexeitalas debido a que vostede estaba baixo a influencia do alcohol ou das drogas.
- Mantivo relacións sexuais sen desexalo porque tiña medo do que esa persoa lle podería facer se se negaba.
- Obrigouna a manter relacións sexuais cando vostede non quería.
- Obrigouna a realizar algunha outra práctica de tipo sexual que eu non lle mencionara xa.

que as mulleres que sufriron un aborto involuntario por violencia da súa parella xa non están coa persoa agresora.

Respecto do acceso a servizos sanitarios por episodios de violencia física ou sexual vividos con parellas pasadas en casos de abortos involuntarios, atopamos a seguinte situación:

- Dezanove das enquisadas (35,85 % do total) tiveron que permanecer no hospital.
- O mesmo número (35,85 % do total) recibiu atención médica por parte dos servizos médicos, como consultas médicas ou enfermería, pero non necesitaron hospitalización.
- Sete persoas (13,21 % do total) din que non necesitaron atención sanitaria.
- Seis persoas (11,32 % do total) consideraron que si deberían recibila, pero non o fixeron.

Os datos de abortos involuntarios causados por outras persoas alleas á parella mostran tamén poucos casos. En concreto, rexistráronse dez casos, o que impide realizar unha análise máis detallada por idade ou país de nacemento.

Baseándonos nos datos recompilados, o número total de abortos involuntarios reportados é de 67. Destes, catro dos casos (aproximadamente o 5,97 %) corresponden a abortos involuntarios relacionados con parellas do pasado e 53 (aproximadamente o 79,10%) están vinculados á parella actual, mentres que os dez restantes proveñen de fóra do ámbito da parella.

En total, 222 mulleres das 9568 ás que se lles preguntou por violencia sexual declaran que sufriron algunha das agresións que poderían implicar un embarazo non desexado. Isto constitúe un 2,3 %. De novo, non se aprecian diferenzas significativas por idade ou país de nacemento. A mostra é escasa.

Preguntadas sobre se eses incidentes de tipo sexual ocorreron antes ou despois de que a muller fixese os 15 anos, o 35 % (78 casos dun total de 222) sinala que ocorreron antes e o 18 % (40 casos dun total 222) que ocorreron tanto antes como despois de facer 15 anos. En total, un 53,1 % (118 casos dun total de 222) das mulleres que sufriron algunha destas violencias sexuais declara que sucederon antes de facer 15 anos.

Sería de interese que **futuras edicións da Macroenquisa puidesen incluír cuestións sobre VR** e a relación das violencias sexuais e de parella co ámbito da saúde sexual e reprodutiva das vítimas. En xeral, segundo o último informe dispoñible da **Macroenquisa de violencia contra a muller** (2019), o panorama sobre o uso da atención sanitaria é preocupante. O 80,6 % das mulleres que sufriron violencia física ou sexual por parte da súa parella actual e o 60,3 % das que sufriron esta violencia por parte dalgunha parella pasada manifesta que **non recorreron a servizos sanitarios**, o que contribúe á falta de rexistro. Aínda que «iso non debe interpretarse como falta de severidade na violencia sufrida e as súas consecuencias, xa que a maior parte das relacións sexuais forzadas non producen lesións físicas» (DGVX, 2019).

4. AEAF: aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada

4.1. Perspectiva de partida

O aborto, a esterilización e a anticoncepción non voluntarios, coercitivos ou forzados (AEAF) son formas de violencia que representan unha **vulneración dos DSR** das mulleres e unha **práctica de sometemento e anulación da vontade que transcende o dereito á maternidade**.

No informe da Relatoría Especial sobre a Violencia contra a Muller, as súas Causas e Consecuencias das NNUU, *Enfoque baseado nos dereitos humanos dos malos tratos e a violencia contra a muller nos servizos de saúde reprodutiva, con especial fincapé na atención do parto e a violencia obstétrica* (OHCHR, 2019), sinalase que a esterilización forzada e o aborto forzado son tratamentos médicos que **se practican en todo o mundo sen consentimento informado**.

O informe da Relatoría indica que son **practicados por profesionais da saúde por diversas razóns**, como, por exemplo, aducindo o **beneficio do denominado interese superior** da muller ou baseándose na crenza de que certos colectivos de mulleres pertencentes a grupos minoritarios, como as mulleres xitanas/romanís, as mulleres indíxenas, as mulleres con discapacidade ou as mulleres que viven co VIH, **non son «dignas» de procreación, son incapaces de tomar decisións responsables sobre a anticoncepción, non están en condicións de ser «boas nais» ou non é aconsellable que teñan descendencia** (OHCHR, 2019).

O uso de anticonceptivos **de forma coercitiva** prodúcese polas mesmas razóns e ten secuelas similares (Mertus e Heller, 1992; Sparrow, 2011; Benson, 2014). Aínda que o acceso a métodos de planificación familiar debe estar garantido polas políticas de saúde pública, tamén debe previr-se o seu uso como ferramenta de control do corpo das mulleres. Polo tanto, non se pode «ignorar o contexto histórico das prácticas coercitivas relacionadas coa anticoncepción, especialmente as dirixidas a grupos desfavorecidos».

Estas prácticas **abarcán todo un espectro, desde casos extremos, manifestos e intencionados de esterilización involuntaria ata intentos máis sutís de influír na toma de decisións** das mulleres en materia de anticoncepción mediante incentivos económicos ou a

adopción doutras medidas para fomentar indebidamente a elección dun método específico» (Benson, 2014)³⁴.

Estas intervencións *médicas* foron analizadas polo Comité da Convención sobre a Eliminación de Todas as Formas de Discriminación contra a Muller (CEDAW) e os tribunais internacionais rexionais de dereitos humanos e foron cualificadas como **formas de violencia de xénero contra as mulleres** que poden causar danos físicos e psicolóxicos e que mesmo poden constituír tortura ou trato cruel, inhumano ou degradante.

As investigacións na materia sinalan que **o AEAF se produce en todo o mundo**, incluído o ámbito norteamericano (Stern, 2005; Murray *et al.*, 2019; Kluchin, 2017; Volscho, 2010) e o da Unión Europea (Patel, 2017; Stejskalová e Szilvasi, 2006; Albert e Szilvasi, 2017). Nos países da contorna occidental, aínda que xa non forman parte de programas públicos masivos, a esterilización forzada **segue aplicándose sobre mulleres vulnerables** (mulleres con discapacidade, principalmente); sobre todo, mediante a coerción e falta de información e, polo tanto, sen o debido consentimento por parte das mulleres.

O AEAF pode producirse por falta **de información ou de consentimento informado** ou mediante o exercicio de ameazas **ou a coerción, a violencia psicolóxica ou as agresións físicas**.

Apenas existen datos sobre a situación en España do AEAF, dado que aínda non se consolidou en obxecto de investigación. É, de feito, unha temática que non contou co recoñecemento social que merece e non ten suficiente visibilidade. Neste sentido, resulta de interese sinalar a existencia de proxectos de investigación internacionais³⁵ que permiten considerar liñas futuras de investigación.

Con todo, si é necesario sinalar que nos últimos anos se desenvolveron investigacións de grande interese sobre a violación dos DSR das **mulleres con discapacidade, cuxos resultados nos permiten sacar aprendizaxes para todas as nenas e mulleres**.

É importante sinalar que **os perpetradores** do AEAF son —con frecuencia— os homes que son parellas das vítimas e, polo tanto, está asociada á violencia de xénero na parella. Porén, noutros

³⁴ Tradución propia do orixinal en inglés. A autora refírese fundamentalmente aos Estados Unidos de América (EEUU) e sobre todo ao fenómeno do anticonceptivo por implante subdérmico Northplant e outras marcas similares, aínda que tivo un impacto global porque se produciu en múltiples países.

³⁵ O Laboratorio de Esterilización e Xustiza Social (*Sterilization and Social Justice Lab*) nos EEUU é un exemplo diso. Recuperou a historia da esterilización eugenésica e denuncia as súas consecuencias e prácticas viventes.

casos, como ocorre coas mulleres con discapacidade, tamén o son os familiares e institucións de coidado. Así mesmo, para a execución desas prácticas (sobre todo no caso das esterilizacións), hai que ter en conta que se require da participación directa de servizos médicos e, polo tanto, involucra os profesionais sanitarios. No caso de mulleres que presentan outras vulnerabilidades, os agresores poden ser figuras máis amplas.

4.2. Aborto forzado

4.2.1. Aproximación ao problema

O **aborto forzado** emprégase para realizar a interrupción non desexada dun embarazo a través do consumo de fármacos específicos ou dun procedemento médico, dependendo da semana de xestación; é dicir, o aborto pode ser farmacolóxico ou cirúrxico.

Na Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo, o aborto forzoso defínese como unha «forma de violencia contra as mulleres no ámbito reprodutivo que consiste na práctica dun aborto a unha muller sen o seu consentimento previo e informado, fóra dos casos aos que se refire o artigo 9.2.b) da Lei 41/2002, do 14 novembro».

Calquera muller que sexa vítima de violencia por parte da súa parella/exparella pode estar suxeita a un aborto coercitivo, así como aquelas que se atopan en situación de prostitución e trata —tanto con fins de explotación sexual como laboral—, e as vítimas de violencia sexual en xeral. Tamén o poden ser as mulleres en situación de vulnerabilidade, como son as mulleres con discapacidade, enfermidade mental, en prisión, con VIH e as adolescentes embarazadas.

O caso das mulleres que son vítimas da VX no ámbito da parella/exparella foi considerado no punto 3.4, malia o aborto involuntario (como consecuencia dunha agresión ou a propia situación de violencia) non ser o mesmo fenómeno ca el aborto forzado.

Ademais, atópanse en risco as mulleres con orixes culturais onde persiste a preferencia do sexo masculino e prevalecen **prácticas de selección do sexo a través do aborto selectivo**. Esta cuestión será tratada en páxinas posteriores, dada a situación de especial invisibilidade deste problema en España.

Con independencia da causa que interrompe o embarazo de forma coercitiva, é importante considerar que os abortos forzados **poden producirse tanto en contornos sanitarios seguros como inseguros**.

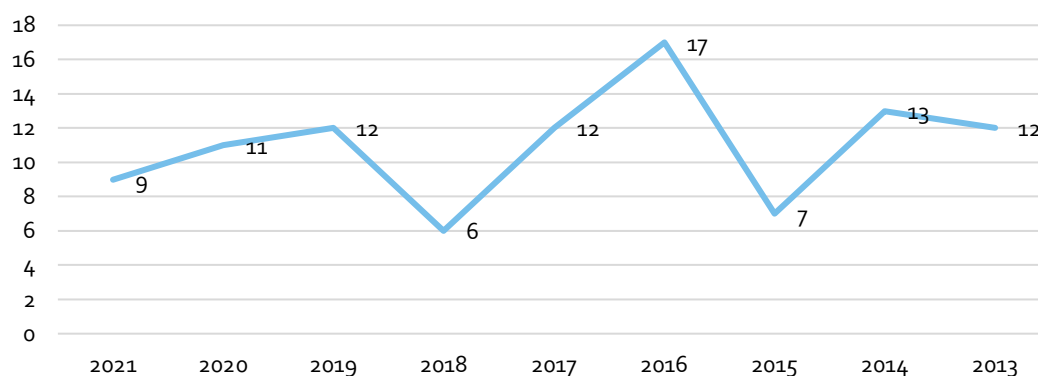
O **aborto inseguro** ocorre cando o embarazo é interrompido por persoas que carecen das habilidades necesarias ou nun contorno que non cumpre os estándares médicos mínimos, ou ambos os dous (OMS, 2021).

De acordo con datos da OMS «cada ano, entre o 4,7 % e o 13,2 % das mortes maternas débense a un aborto perigoso. Calcúlase que, nas rexións desenvolvidas, por cada 100 000 abortos perigosos se producen 30 defuncións» (2021). De acordo coas estimacións realizadas en 2012, nos países en desenvolvemento aténdese de forma hospitalaria a sete millóns de mulleres para tratar as complicacións causadas por un aborto perigoso (OMS, 2021). Descoñécese o alcance dos datos de abortos forzados en comparación coas interrupcións voluntarias en contornos inseguros.

Os datos dispoñibles que nos achegan á prevalencia do problema son moi insuficientes. As estatísticas sobre interrupcións do embarazo fundaméntanse na voluntariedade do acto (IVE) e as estatísticas xudiciais son pouco específicas. O resto de enquisas en materia de fecundade, saúde ou violencia non recolle a VR.

En canto aos datos relativos ao **delito de aborto forzoso**, estes proceden do Ministerio de Xustiza (Rexistro Central de Penados). Non están desagregados por sexo e mostran un escaso rexistro do fenómeno (véxase o gráfico inferior).

Gráfico 1. Estatística de condenados por aborto 2013-2021. Unidades: infraccións



Elaboración propia. Fonte: Explotación do INE do Rexistro Central de Penados (Ministerio de Xustiza)

En xeral, **as condenas** por aborto alcanzan un número pouco significativo e non é posible afondar no fenómeno. No ano 2021, soamente houbo unha pena de prisión (véxase a táboa seguinte).

Táboa 2. Aborto (delito): penas de prisión segundo a duración da pena (2012-2021). Unidades: Penas

| | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| De 0 a 2 anos | 1 | 4 | 1 | 3 | 7 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| De máis de 2 a 5 anos | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Máis de 5 anos | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |

Fonte: INE, 2023 (a partir do Rexistro Central de Penados do Ministerio de Xustiza)

En canto ás interrupcións de embarazo, **os motivos para as IVE son diversos**, nalgúns casos moi complexos. En España, enmárcanse dentro do dereito á interrupción libre do embarazo nun sistema de prazos.

Na actualidade, resulta imposible coñecer se se producen por causa da VR (por unha selección nesgada do sexo, por outra causa de coerción nun contexto de violencia machista); en calquera caso, **a prohibición do aborto considérase ineficaz e contraproducente**.

O Sistema Nacional de Saúde prevé un procedemento de información ás mulleres embarazadas para a súa toma informada de decisións, pero **non hai un protocolo específico de detección de violencia reprodutiva** (o protocolo de violencia de xénero —no ámbito da parella/exparella— aplícase en función da sensibilización e formación do profesional sanitario).

Os datos sobre as IVE realizadas en España son supervisados pola Dirección Xeral de Saúde Pública do Ministerio de Sanidade. Lévase a cabo a través dun sistema de vixilancia epidemiolóxica polo cal se rexistra cada IVE que se practica, a través da notificación do persoal médico responsable da autoridade sanitaria da comunidade autónoma onde se leva a cabo a intervención, quen, pola súa vez, introduce os datos na aplicación correspondente³⁶. A información referida á embarazada, así como a do centro no que se realiza o aborto, é considerada confidencial e a súa explotación estatística é limitada.

En España, as IVE prodúcense fundamentalmente **en centros privados**. **As motivacións** rexistradas mantéñense constantes ao longo do tempo (2012-2021) e son (para o último ano

³⁶ Véxase o procedemento en detalle na metodoloxía dos datos estatísticos do Ministerio de Sanidade relativos á promoción e prevención. Acceso

dispoñible, 2021) as seguintes: por pedimento da muller, 90,98 %; grave risco para vida ou a saúde da embarazada, 5,58 %; risco de graves anomalías no feto, 3,12 %; anomalías fetais incompatibles coa vida ou enfermidade extremadamente grave e incurable, 0,29 %; e varios motivos, 0,03 %. As IVE prodúcense ao longo da vida fértil das mulleres, aínda que se producen en maior número entre os 20 e 34 anos, onde se concentra o 62,8 % (Ministerio de Sanidade, 2021).

No ano 2021, o 67,15 % das IVE realizadas foron a mulleres con **nacionalidade española**. O 74,15 % tiña unha nacionalidade europea (incluída a española). Os datos sobre as IVE realizadas ao resto de mulleres residentes indican que o 5,03 % procedía de África; o 18,4 %, de América Central, O Caribe ou América do Sur; e o 2 %, dun país asiático.

Segundo datos do anuario do Ministerio de Sanidade (2021), o **72,4 % das IVE realizouse con oito semanas ou menos de xestación** e en centros sanitarios privados do ámbito extrahospitalario (case oito de cada dez). Estas IVE dificilmente poden estar relacionadas co aborto selectivo como práctica de selección do sexo, dado que non é factible coñecer o sexo do feto. Máis do 89 % das IVE farmacolóxicas notificadas en 2020 practicáronse durante as primeiras oito semanas de xestación e, destas, o 70,62 %, en centros sanitarios extrahospitalarios (Dirección Xeral de Saúde Pública, 2022).

Polo xeral, **os test de cribado múltiple** (análise de sangue da muller xestante combinada con ecografía), que permiten coñecer o sexo do feto, realízanse a partir da décima semana de xestación. Adoitan enmarcarse, xa que logo, **ao final do primeiro trimestre de embarazo e inicios do segundo**, polo que, para proceder a un aborto selectivo sería máis adecuado, en todo caso, falar de posibles abortos producidos entre as nove e as catorce semanas de xestación (ou máis). En España estes representan o 22,4 % das IVE realizadas (ano 2021). O 5,1 % das IVE realízase con 15 e máis semanas.

Non hai ningunha relación entre o método de interrupción do embarazo e o aborto selectivo ou forzado. En toda España, o 62,3 % das IVE produciuse a través dunha intervención cirúrxica; o 36,9 %, farmacolóxica; e do resto (0,8 %) non se recolle información ou empregouse outro método (DX de Saúde Pública, 2022).

4.2.2. Aborto selectivo como práctica de selección do sexo

As prácticas culturais nocivas que imponen a preferencia do nacemento de nenos sobre nenas promoven a realización de **abortos coercitivos** cando na análise prenatal do sexo (por ecografía

ou outras probas de cribado prenatal) se detecta que se trata dun feto «feminino» (cromosomas XX no par 23).

Aínda que no contexto deste diagnóstico se considera unha práctica dentro do aborto forzado, en realidade a selección do sexo pode ter lugar antes do embarazo (con clasificación de espermatozoides para a fertilización *in vitro*) ou tras o nacemento (infanticidio ou negligencia infantil). Isto último evidénciase polo exceso de mortalidade entre as nenas e/ou polo abandono persistente de nenas.

O Parlamento Europeo, na súa Resolución sobre o xenericidio (2016), considera esta práctica como **un delito e violación dos dereitos humanos** que contribúe á violencia contra as mulleres e pode enmarcarse como tal no Convenio de Istambul.

4.2.2.1. Descrición do fenómeno

UNFPA (2020) estima que arredor de 140 millóns de mulleres están «desaparecidas» en todo o mundo como resultado da preferencia polos fillos homes. Os nacementos de mulleres que non se producen ascenden a case **1,2 millóns anuais** en todo o mundo.

Segundo datos do Banco Mundial (Anukriti *et al.*, 2021), a cifra anual de abortos selectivos por sexo aumentou de case cero a fins da década de 1970 a 1,6 millóns por ano entre 2005 e 2010 en todo o mundo (citado en Bongaarts e Guilmoto, 2015). Aínda que a maior parte dos abortos selectivos por xénero se produce na India e na China, documentáronse proporcións nesgadas de sexos ao nacer nunha ampla gama de países, incluídas poboacións asiáticas nos Estados Unidos, O Canadá, O Reino Unido, Grecia e **España**.

Os datos sobre o **índice de masculinidade ao nacer** permiten facer unha aproximación cuantitativa ao problema³⁷.

Como constante poboacional dáse unha proporción aproximada de nacidos/asignados «nenos» de entre 102 e 106 bebés por cada 100 bebés nadas/asignadas «nenas». Polo tanto, cando hai unha marcada asimetría, considérase un sinal de que se podería estar a producir unha selección de sexo. Algúns dos países e territorios que presentan desequilibrios deste tipo son (UNFPA, 2020; para datos do ano 2017):

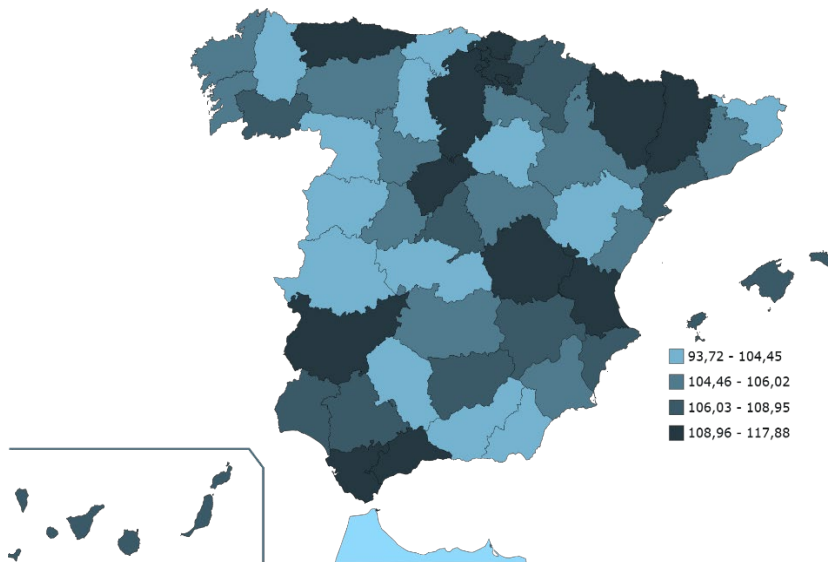
- A China, 114,3
- Armenia, 111,7

³⁷ Tamén a morte temperá de nenas na primeira infancia é un indicador empregado.

- A India, 109,8
- O Nepal, 107,3
- República de Corea, 105,6
- Singapur, 106,5
- Vietnam, 112,2
- Acerbaixán, 113,4
- Xeorxia, 106,5
- Albania, 108,3
- Montenegro, 107,2

En España non existen datos ao respecto. Potencialmente, dado a persistencia desta práctica nociva nalgúns países, **podería estar a afectar a mulleres descendentes ou procedentes dalgúns comunidades de diásporas** que manteñan os devanditos valores; tal e como ocorre noutros países de Europa e de América do Norte (UNFPA, 2020).

Ilustración 3. Cociente de masculinidade ao nacemento por provincia (ano 2021). Unidades: número de homes por cada 100 mulleres (%)



Fonte: Instituto Nacional de Estadística, 2023

No noso país, **o cociente de masculinidade no momento do nacemento** mostra, para o total nacional no ano 2021, unha porcentaxe de 106,7 nenos nados/asignados por cada 100 nenas (INE, 2023). É dicir, un dato dentro da normalidade poboacional. Con todo, hai provincias moi asimétricas.

Tocante ás provincias que superan a devandita referencia estatal, trátase das dez seguintes:

- Ceuta, 117,88
- Cuenca, 114,52
- Asturias, 109,23
- Huesca, 109,18

- Badaxoz, 110,88
- Valencia, 110,42
- Burgos, 110,02
- Cádiz, 109,95
- Segovia, 109,31
- Málaga, 109,29
- Árabia, 109,28
- Lleida, 109,24
- Biscaia, 109,06
- Huelva, 108,95
- Baleares, Illas, 108,50
- Santa Cruz de Tenerife, 108,36
- Albacete, 108,05
- Sevilla, 107,49
- Madrid, 107,41
- Alacant, 107,05

Nunha análise sobre o noso país, comparado co que previamente realizaron con Italia, investigadores da Universidade de Módena —Braglia e Nicolini— (2018) observaron a evolución do índice de masculinidade ao nacer e a súa posible relación co infanticidio selectivo. Ante a **falta de explicación contundente sobre o incremento observado** nos últimos anos, ambos os autores consideran que os progresos recentes na determinación do sexo do feto **poden estar relacionados con abortos selectivos de fetos femininos**, pero tamén adiantan outras hipóteses explicativas:

- O sexo do bebé podería seleccionarse no momento da concepción, por exemplo, por medio da selección do sexo na fertilización *in vitro*. Con todo, estes métodos non son legais en España por motivos non médicos.
- Houbo un aborto voluntario selectivo, unha vez se puido determinar o sexo do bebé.
- Se as nais embarazadas de nenas se coidan menos, as nenas poderían sufrir mortes fetais tardías con máis frecuencia.
- A pesar de nacer un número parecido de nenos e nenas, as nenas terían unha probabilidade máis alta de non seren rexistradas oficialmente ou mesmo de seren rexistradas como nenos.
- As familias migrantes embarazadas de nenas terían unha probabilidade máis alta de saír de España antes do parto, por exemplo, regresando ao seu país de orixe.

Sexa cal for a forma de manipular o equilibrio esperado, o que si se acepta é que a selección prenatal do sexo **é unha manifestación máis da baixa posición que ocupan as mulleres e nenas na sociedade**.

Algunhas diásporas en España procedentes de Asia (fundamentalmente, pero non soamente da India) e, dentro destas, algúns grupos étnico-relixiosos, realizan esta práctica:

(...) fan os seguimentos dos embarazos desde moi pronto (...), en moitos elas sométense a abortos selectivos, pero non soamente no caso de que o bebé sexa unha nena, tamén cando a familia xa ten dous fillos [varóns] (...) hai un modelo ideal que foi o que promoveu o goberno da India durante a década dos setenta ou así que é o modelo de familia perfecta: o pai, a nai, un fillo varón e unha filla. Iso calou, (...) moita presión tamén para que ese fose o modelo ideal de familia, (...). Claro, iso como se consegue? Si, ás veces pode ser de forma natural, pero outras veces é a través dos procesos de aborto selectivos. Claro, nalgúns casos son obrigadas polos maridos, pero noutros casos a presión social que elas senten é tanta que ás veces os maridos nin sequera chegan a saber do embarazo (entrevista a experta).

4.2.2.2. Causas e consecuencias

O aborto selectivo por sexo é unha forma de VR que ocorre nos contextos onde a estrutura social de xénero lle asigna á poboación masculina unha **posición social de maior valor en detrimento das nenas**, que son consideradas unha carga ou mesmo un infortunio. Tal e como sinala o *Informe sobre o estado da poboación mundial 2020*, «talvez a consideren un estorbo, un lastre, un obstáculo que arruína o porvir da familia» (UNFPA, 2020: 42)³⁸. Acontece fundamentalmente en sociedades patrilineais e patrilocais onde as nenas e as mulleres dependen dos homes.

Neste contexto, **as mulleres están coaccionadas ao aborto**, xa que non prover dun home a familia do seu marido pode menoscar o seu status social, político e económico (tanto da familia como o seu propio). Iso pode implicar a exclusión, marxinação, divorcio ou repudio do grupo familiar (tanto do marido como de orixe), así como enfrontar a violencia física no caso de negarse ao aborto. É por estas razóns, o medo e a coerción social, que o aborto pode ser ideado ou buscado pola propia xestante.

A preferencia por fillos homes non implica necesariamente a selección do sexo con nesgo de xénero. Esta preferencia non é unha violación dos dereitos humanos, «porén, (...) está envolta nunha estrutura de relacións sociais que reflicten, xeran e reproducen estereotipos de xénero. O que si constitúe unha vulneración dos dereitos humanos é que se perpetúen os estereotipos, en especial os que ditaminan que o masculino é

³⁸ O informe pon de relevancia que «é posible que morra como consecuencia deste abandono ou actos máis deliberados, todo o cal equivale á selección posnatal do sexo» (UNFPA, 2020:42). Así mesmo, evidénciase que «a taxa de mortalidade das nenas é superior á dos nenos, o que parece indicar que a atención que reciben se ve influenciada pola discriminación» (ib., páx. 45).

superior ao feminino e que redundan na subordinación das mulleres aos homes e das nenas aos nenos» (UNFPA, 2020: 45).

Tal e como explican as investigacións ao respecto, esta preferencia **é común en países** de Asia Oriental, Asia Meridional, Oriente Medio e Norte de África. «Prefírense os fillos homes porque teñen unha maior capacidade asalariada (sobre todo nas economías agrarias), continúan a liña familiar e adoitan asumir a responsabilidade de coidar os pais en caso de enfermidade e vellez. Tamén hai razóns locais específicas para a preferencia polos fillos homes: na India, o gasto do dote; e en Corea do Sur e na China, os arraigados valores confucianos e os sistemas familiares patriarcais» (Hesketh e Xing, 2011:1374)³⁹. A negación ás mulleres do dereito á herdanza e á propiedade da terra é determinante na preferencia de homes.

Nalgúns casos, pode influír o número previo de fillos e o seu sexo. Deste xeito, pode que as parellas non seleccionen o sexo do primeiro bebé, «despois poden recorrer a abortos selectivos en función do sexo do feto se tiveron primeiro unha nena» (UNFPA, 2020: 52). Tamén resultan determinantes as políticas que limitan o número de fillos e o tamaño (máis pequeno) de familia. UNFPA informa de que actualmente «arredor dunha cuarta parte dos proxenitores con dúas fillas pode recorrer á selección do sexo con nesgo de xénero para non ter unha terceira nena»⁴⁰.

As consecuencias sociais desta asimetría poboacional son numerosas e graves (Hesketh e Xing, 2006; Das Gupta *et al.*, 2003; UNFPA, 2020); entre elas, incentiva a prostitución e a trata de mulleres dirixida á explotación sexual e aos matrimonios forzosos, e incrementa os matrimonios infantís de nenas (Tucker *et al.*, 2005; Dandona *et al.*, 2006; UNDOC, 2020).

O Consello de Europa tamén denuncia que este fenómeno ten consecuencias daniñas, incluídos os desequilibrios demográficos, un aumento da criminalidade e o malestar social, e un maior risco de violacións dos dereitos humanos, como a trata con fins matrimoniais ou a explotación sexual (Asemblea Parlamentaria do CE, 2010).

Nalgúns países, ilegalizouse a selección do sexo e, en menor medida, abordouse o problema subxacente da preferencia patriarcal polos fillos homes. Na China, A India e Corea do Sur existen leis que **prohiben a determinación do sexo fetal e o aborto**

³⁹ Tradución propia do orixinal en inglés.

⁴⁰ Información consultada o 04/07/2023 na web de UNFA: SWOP Report 2020 | Fondo de Poboación das Nacións Unidas (unfpa.org) a partir do informe *Estado da poboación mundial 2020. Contra a miña vontade. Desafiar as prácticas que prexudican as mulleres e nenas e impiden a igualdade* (UNFPA, 2020)

selectivo, aínda que con moi desigual firmeza (Hesketh e Xing, 2011). Do mesmo xeito, noutros como a República de Corea e Vietnam prohibiuse revelar o sexo do feto antes do nacemento nos centros públicos. Tamén se traballou en concienciar **a poboación** a través de campañas sobre a igualdade de xénero e as vantaxes de ter fillas, aínda que o cambio cultural é lento e as políticas públicas requirirían intensificarse.

Aínda que poidan existir leis que prohiban o aborto como medida de selección do sexo, en moitos casos poden eludirse con procedementos clandestinos, o que novamente pon en risco a saúde das mulleres. En definitiva, a preferencia por un fillo de sexo masculino **afecta a vida sexual e reprodutiva das mulleres**, e ten repercusións na súa saúde e supervivencia.

En xeral, o que inflúe en maior medida para o cambio de valores e comportamentos da poboación é a **mellora do status legal e social das mulleres**.

Globalmente, as leis e políticas dirixidas a poñerlles fin aos abortos en función do sexo do feto non resultaron eficaces. No caso da prohibición do aborto, «as prohibicións neste sentido resultan a miúdo ineficaces e tamén vulneran os dereitos reprodutivos, por exemplo, o acceso a un aborto sen riscos» (UNFPA, 2020: 60). Por iso, as Nacións Unidas sinalan que a solución probablemente resida en «cambios nas normas sociais» (2020:57).

Na Declaración interaxencial de Nacións Unidas (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Mulleres e OMS) do ano 2011, *Prevención da selección de sexo con nesgo de xénero*, considérase que «deben buscarse en enfoques afastados da reprobación e da coacción, que fomenten cambios de conduta positivos e axuden as mulleres e as nenas sen poñer en perigo os seus dereitos reprodutivos» (UNFPA, 2020:62).

4.3. Esterilización forzada ou coercitiva

A **esterilización forzada** require unha intervención cirúrxica (ligadura de trompas, extirpación das trompas de Falopio etc.). É unha forma de violencia particularmente preocupante polo seu impacto na saúde e a súa irreversibilidade.

A definición que aparece na Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo é a seguinte: «Forma de violencia contra as mulleres no ámbito reprodutivo que consiste na práctica dunha intervención

cirúrxica que teña por obxecto ou por resultado poñerlle fin á capacidade dunha muller de reproducirse de modo natural sen o seu consentimento previo e informado ou sen o seu entendemento do procedemento».

A súa práctica afecta, sobre todo, a mulleres con discapacidade e mulleres con enfermidades mentais. Ten, xa que logo, unha **relación directa con crenzas euxeónicas e coa existencia de condutas e actitudes discriminatorias, capacitistas e racistas**.

A primeira vez que esta práctica masiva foi considerada de forma pública foi no proceso Núremberg (1945-1946) tras a Segunda Guerra Mundial, en relación co trato recibido por moitas mulleres e homes a través dos programas de esterilización que promovían a política euxeónica nazi, pero producíronse con anterioridade.

No caso das mulleres con discapacidade, **o control da menstruación** é unha das motivacións erróneas polas que se acode á esterilización.

Certamente, no ámbito reprodutivo tamén se ve afectada a menstruación, unha cuestión que transcende o obxecto desta investigación, pero que é necesario sinalar. Hai que considerar, tal e como sinala UNFPA, que **os estigmas sociais e culturais sobre a menstruación discriminan e provocan violencia contra as mulleres** (2022c). Estes supoñen exclusión da vida pública, obstáculos ás oportunidades e obstáculos ao saneamento e á saúde.

A menstruación nas nenas é interpretada (erroneamente) como madurez e **implica unha maior vulnerabilidade ás violencias sexuais**, os matrimonios infantís e os matrimonios forzosos.

Ademais, as **persoas con identidades de xénero non binarias**, como os homes transxénero «adoitan enfrontar obstáculos adicionais para obter información ou subministracións que lles permitan manexar a menstruación de forma segura, obstáculos que inclúen posibles ameazas á súa seguridade e ao seu benestar» (UNFPA, 2022c).

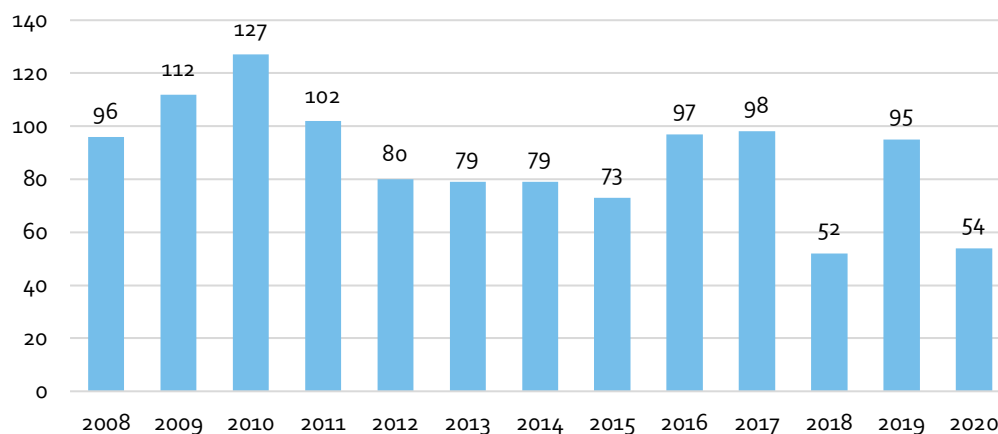
Xunto co anterior, sinalouse que a violencia económica provoca pobreza menstrual, entre outros danos (Bartolomé Esteban *et al.*, 2023).

A pesar da **prohibición por lei da esterilización forzosa**, nalgúns países segue producíndose, aínda que o Consello de Dereitos Humanos e Comité contra a Tortura das Nacións Unidas recoñece que constitúe unha **violación de dereitos humanos** e a pesar das directrices

emitidas pola Federación Internacional de Xinecoloxía e Obstetricia, onde se define como «acto de violencia» (CRPD, 2014).

Como ocorre co resto das mulleres vítimas da VR, **non dispoñemos de datos** respecto das esterilizacións forzadas. Segundo datos facilitados polo Consello Xeral do Poder Xudicial (CXPX) ao medio de comunicación Newtral.es (2021), entre o ano 2008 e 2020 habería rexistradas 1144 resolucións sobre esterilización forzosa en España.

Gráfico 2. Procesos de esterilización a persoas con discapacidade en España (2008-2020)



Fonte: Newtral.es (2021) a partir de datos do CXPX

Respecto do conxunto de mulleres en España, a Enquisa nacional de fecundidade (edición do ano 2018) indicaba que, do 55 % das mulleres que utilizaba un método anticonceptivo, **o 9,2 % das mulleres empregara a esterilización por ligadura de trompas** (INE, 2019).

O groso das mulleres que empregaron este método ten 40 ou máis anos (83,4 %), polo que se lles podería presupoñer os seus desexos de descendencia cumpridos ou parcialmente cumpridos. Pero é unha especulación, dado que **non hai forma de considerar a coerción na elección do método**. O 0,5 % das ligaduras dábase en mulleres menores de 30 anos e o 16 % en mulleres de entre 30 e 39 anos. É en ambos os grupos de idade onde debería incrementarse en maior medida a vixilancia epidemiolóxica.

En canto ás **mulleres con discapacidade**, existe unha longa historia social e mesmo legal en relación coa **esterilización forzada** (CRPD, 2014). En España, organizacións como a Fundación Cermi Mujeres (FCM, 2018) denunciou estas situacións no *Informe de derechos humanos 2017* e no monográfico *Poner fin a la esterilización forzosa de las mujeres y niñas con discapacidad*.

O estudo *La violencia sexual de las mujeres con discapacidad intelectual* (Castellanos-Torres, 2020b) evidenciou o **descoñecemento** que existía entre as propias vítimas da súa propia esterilización. A investigación puxo de manifesto que as mulleres carecían dunha correcta explicación de como se produce un embarazo ou de como previlo, e quen tiña algunha intervención en materia de anticoncepción apenas comprendía as súas implicacións. Iso a pesar das investigacións que demostraron que, con atención e apoio adecuados, as mulleres con discapacidade intelectual poden evitar embarazos non desexados sen recorrer á esterilización (Meera Roy, 2010; Castellanos-Torres, 2020; 2023), que teñen numerosos efectos negativos (véxase o punto 3.5, Consecuencias do AEAF).

4.4. Anticoncepción forzada

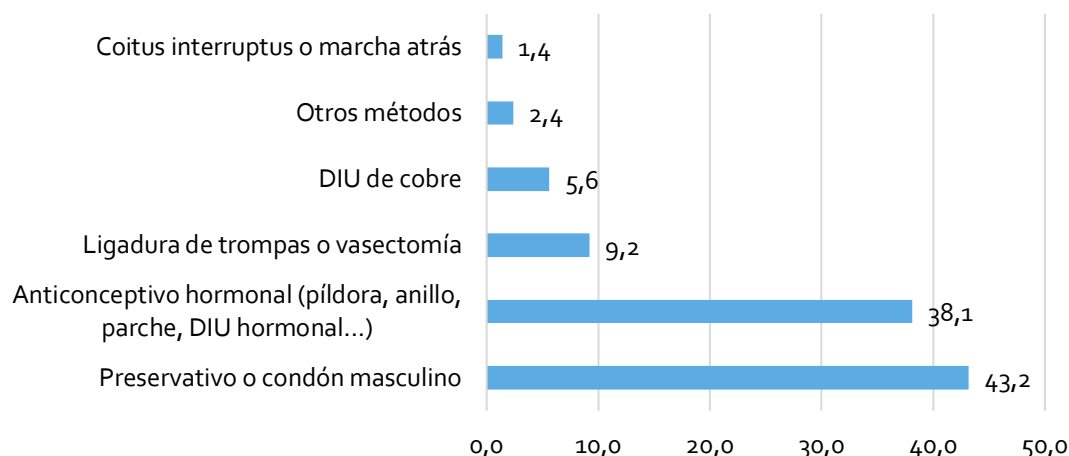
A **anticoncepción forzada** implica un procedemento temporal de control da menstruación ou da natalidade para impedir que se produza un embarazo ou controlar a frecuencia e fluxo da menstruación; por exemplo, mediante dispositivos intrauterinos (DIU), implante subdérmico ou outros anticonceptivos orais ou inxectados.

No apartado de definicións da Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo, a anticoncepción forzosa defínese como unha «forma de violencia contra as mulleres no ámbito reprodutivo que consiste na intervención médica por calquera vía, tamén medicamentosa, que teña análogas consecuencias á esterilización forzosa».

Os **métodos de anticoncepción** teñen diferentes efectos secundarios e non todos son aptos para calquera muller, polo que non son necesariamente seguros ao 100 % e teñen **consecuencias na saúde física e psíquica** das mulleres que estas deben valorar desde a súa autonomía reprodutiva. Son métodos reversibles no sentido de que poden ser extraíbles e a vítima, unha vez fóra da violencia, pode interromper o seu uso.

Non existen datos estatísticos que permitan diferenciar as **motivacións no uso de anticonceptivos ou se hai algún indicio de coacción respecto diso**. En España, a xa mencionada enquisa nacional de fecundidade (2018) permítenos valorar soamente a presenza de diferentes métodos anticonceptivos (véxase o gráfico inferior).

Gráfico 3. Mulleres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaxe segundo o tipo (ano 2018)



Fonte: INE, 2019. Enquisa nacional de fecundidade

As mulleres **empregan diferentes anticonceptivos segundo o seu grupo de idade** (véxase a táboa inferior). Destas, o 43,2 % aludía na citada enquisa ao preservativo e o 38,1 % a algún tipo de anticonceptivo hormonal. Aqueles que requiren a intervención de profesionais sanitarios son varios, entre eles o DIU (usado polo 5,6 % das mulleres) e a ligadura de trompas (9,2 %).

Táboa 3. Mulleres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaxe segundo tipo e grupo de idade (2018)

| Método | Total | Grupo de edad | | | | Total |
|---------------------------------|-------|---------------|-----------------|-----------------|-------------|-------|
| | | < 30 años | De 30 a 39 años | De 40 a 49 años | 50 y + años | |
| Anticonceptivo hormonal | 38,1 | 40,2 | 30,0 | 24,4 | 5,3 | 100 |
| DIU de cobre | 5,6 | 10,9 | 30,9 | 45,6 | 12,6 | 100 |
| Preservativo o condón masculino | 43,2 | 29,1 | 30,7 | 31,8 | 8,4 | 100 |
| Ligadura de trompas | 9,2 | 0,5 | 16,0 | 55,4 | 28,0 | 100 |
| Otros métodos | 3,9 | 20,4 | 34,1 | 36,7 | 8,8 | 100 |
| Total | 100 | | | | | |

Fonte: INE, 2019. Enquisa nacional de fecundidade

Sinalouse que a Enquisa de fecundidade da Dirección Xeral de Estatísticas da Poboación «require mellorar a súa sensibilidade de xénero, recoller a diversidade de factores biolóxicos, socioeconómicos e estruturais condicionantes da fecundidade, e profundar nos elementos diferenciais xeradores de desigualdades e nesgos de xénero» (Pérez-Corral e Danet-Danet, 2022). A iso pode sumarse a necesidade de valorar aspectos coercitivos e de violencia reprodutiva para mellorar a dispoñibilidade futura de datos.

4.5. Consecuencias do AEAF

O Comité CEDAW na súa Recomendación xeral número 21, *A igualdade no matrimonio e nas relacións familiares*, alertou en 1994 de que as prácticas coercitivas que son reveladas no embarazo, o aborto ou a esterilización forzados teñen graves consecuencias para as mulleres. Neste sentido, a violencia reprodutiva ten un impacto claro nas vidas das mulleres debido aos grandes riscos de saúde que representan.

En relación coa **vinculación entre a violencia sexual e a violencia reprodutiva**, considérase que as consecuencias máis graves e duradeiras teñen lugar na esfera psicolóxica, con alteracións emocionais e trastornos psíquicos para as nenas e mulleres sobreviventes.

A violencia sexual pode provocar infeccións de transmisión sexual, desde a candidose, gonorrea, sífilis, herpes ata o VIH ou a hepatite (ITS). Ademais, pode haber lesións físicas que xeran problemas xinecolóxicos (irritación, fibromas, infeccións, hemorraxias, dores vaxinais etc.), así como outros problemas relacionados coa reprodución, como son o embarazo non desexado, o aborto espontáneo, o aborto inseguro, hemorraxias, laceracións cervicais, lesións intraabdominais, perforacións uterinas, infeccións, saúde reprodutiva danada (esterilidade), complicacións durante o embarazo e o parto e mesmo pode causar a morte (Kefauver, 2021). Tal e como indica a Fundación SEXPOL, pode implicar tamén disfuncións do desexo sexual, como o trastorno do desexo, a aversión ao sexo e o vaxinismo, entre outras.

En relación coas consecuencias específicas da violencia reprodutiva, hai que considerar as seguintes cuestións. Téñase en conta que no apartado relativo ao aborto forzado (punto 3.2.2.) xa se sinalaron especificamente aquelas relativas ao **aborto selectivo** como práctica de selección do sexo en tanto que VR.

De acordo coa Federación Internacional de Xinecoloxía e Obstetricia (FIGO), os **abortos non voluntarios** son un evento traumático que poden provocar dor, ansiedade, depresión e mesmo síntomas do trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Ademais, a práctica dun aborto require de coidados posteriores á intervención esenciais para as mulleres. A súa ausencia pode afectar gravemente á saúde mental e física das vítimas.

Como se sinalou con anterioridade, se os abortos forzados son practicados **en contornos que non son seguros**, presentan numerosos riscos; os máis frecuentes son

aborto incompleto, hemorraxia grave, infeccións, perforación uterina, peritonite e danos na vaxina e no útero (OMS, 2021). Iso pode afectar a embarazos futuros, causar a infertilidade e, en última instancia, poden supoñer a morte da muller.

Ademais da **incapacidade para reproducirse**, a esterilización pode provocar unha **aparición temperá da menopausa, osteoporose e enfermidades cardiovasculares**; sobre todo se se leva a cabo antes de que a nena tivese a menstruación ou durante a puberdade.

Xunto co anterior, considérase que a esterilización forzosa pode **aumentar a vulnerabilidade** das nenas, adolescentes ou mulleres novas con discapacidade ante **agresións sexuais e violacións** (Fundación Cermi Mujeres 2018; Peláez *et al.*, 2009). O mesmo risco se produce co resto das mulleres que presentan outras vulnerabilidades.

Esta violencia reprodutiva ten outras consecuencias específicas na saúde mental e física das mulleres, e tamén no seu contorno social.

Neste sentido, sinalouse que ten **consecuencias discapacitantes**, como son outras lesións físicas, retrocesos ou dificultades no desenvolvemento, alteracións e trastornos do sono, da alimentación ou o control de esfínteres, infeccións de transmisión sexual ou o desenvolvemento de discapacidade psicosocial, incluídas doenzas como inseguridade, desconfianza, problemas de inhibición e medos, illamento, autolesións, agresividade, conflitividade con familia e amizades, abuso de substancias, trastornos do estado de ánimo, de ansiedade ou estrés postraumático (Fundación Cermi Mujeres, 2018).

Por exemplo, o macroestudo sobre as consecuencias que padeceron as mulleres campesiñas e indíxenas vítimas de esterilizacións forzosas no Perú (IAMAMC, 2016) revelou **secuelas na autonomía sexual e reprodutiva nestas mulleres, na súa autonomía física e tamén económica**. Indícanse secuelas negativas no benestar emocional (depresión, ruptura de relacións afectivo-sexuais, abandono, perda de autoestima, enfraquecemento físico e mental) e dano no seu contorno familiar (tristeza, empobrecemento, abandono, migracións, desprotección, soidade, indefensión, perda de vínculos afectivos, suicidios).

Os resultados das instigacións desenvolvidas sobre as mulleres con discapacidade vítimas de VR fan fincapé en que se debe considerar que a esterilización involuntaria, coercitiva e/ou forzada **non debe de ser analizada unicamente desde a perspectiva da maternidade**. Iso reduciría a violación dun dereito humano a un estereotipo, isto é, que as mulleres somos aparatos reprodutores.

Autoras como María Laura Serra (2016) sinalan que se debe analizar e discutir esta situación, e que é necesario diferenciar as razóns polas cales se desenvolveron estas prácticas sobre as nenas e as mulleres. Neste caso, **o que se destrúe é a vontade presente ou futura; a posibilidade de tomar decisións respecto do seu plan de vida e da cousificación do corpo**, logrando un sometemento pleno.

Cométese, polo tanto, unha intromisión no seu corpo, unha violación dos seus dereitos humanos, incluída a súa integridade física; o igual recoñecemento como persoa ante a lei; o dereito á saúde; o dereito á información; o dereito á privacidade; o dereito a decidir sobre o número de fillos e fillas e o espazo entre cada un deles; o dereito a fundar unha familia; o dereito a non ser discriminada e o dereito á autodeterminación sobre o seu propio corpo (Serra, 2016).

Finalmente, outra consecuencia xeneralizada entre as vítimas de calquera forma de violencia reprodutiva é **o silencio e falta de reparación**.

Neste sentido, as mulleres cuxos dereitos reprodutivos foron violados **son invisibilizadas e non teñen un acceso garantido á denuncia** por diversas razóns (Open Society Foundations, 2011), entre elas:

- **As vítimas descoñecen a súa situación e/ou os seus dereitos.** Descoñecen as accións que poden realizar contra as persoas indutoras e profesionais médicos que tomaron parte no proceso. No caso da esterilización, «poden pasar anos ata que unha muller se dea conta de que foi esterilizada se non había un formulario de consentimento ou se se lle pediu que o asinase sen poder lelo ou se non se lle explicou o procedemento realizado» (OSF, 2011:7).
- As vítimas **carecen de recursos legais eficaces** para obter unha reparación ou indemnización. No caso da esterilización sinalase que, incluso sendo ilegal como en España, se «as mulleres non senten que o seu goberno responderá ás denuncias de esterilización involuntaria, poida que non acudan á xustiza» (ib.).
- As vítimas **senten vergoña e temen o estigma social.** Hai mulleres que «queren manter a súa situación en segredo, desexosas de evitar o estigma social e as consecuencias emocionais» (ib.).

5. AEF: mulleres vítimas e as súas necesidades

Aínda que a violencia reprodutiva pode afectar a calquera muller ao longo da súa vida, o AEF **afecta en maior medida a algúns colectivos concretos**.

As mulleres que sofren violencia de xénero no ámbito da parella, as mulleres empobrecidas e aquelas en situación de explotación sexual son vítimas frecuentes da violencia reprodutiva (UNFPA 2018, 2021, 2022; GREVIO, 2020).

Así mesmo, tanto as mulleres indíxenas como as mulleres orixinarias de minorías étnicas (sobre todo xitanas) sufriron ao longo da historia estas mesmas prácticas. Mulleres en prisión e mulleres enfermas de VIH tamén constitúen colectivos máis indefensos.

Con todo, son as mulleres con discapacidade as que representan o grupo máis cumpridamente afectado sobre o que se exerceu a VR ao estaren nunha situación de maior vulnerabilidade, sobre todo as mulleres con discapacidade intelectual ou do desenvolvemento (MDID) e as mulleres con enfermidades mentais.

É importante sinalar que, malia non abordarse nesta investigación, **as persoas transxénero** están afectadas pola práctica da esterilización forzada e son un colectivo vulnerable ao que tamén é necesario protexer e reparar.

Así quedou recollido na Resolución do Parlamento Europeo, do 24 de xuño de 2021, *Saúde e os dereitos sexuais e reprodutivos na Unión, no marco da saúde das mulleres* (2020/2215(INI)) (parágrafo 21), que fai referencia á sentenza do Tribunal Europeo de Dereitos Humanos no asunto A. P., Garçon e Nicot contra Francia, que recoñeceu que a obriga de esterilización imposta por un Estado membro como condición previa aos procedementos de recoñecemento xurídico de xénero constituía unha **violación do Convenio europeo de dereitos humanos** (dereito ao respecto á vida privada e familiar) (STEDH do 6 de abril de 2017, Identidade transxénero e cambio de estado civil).

5.1. As mulleres con discapacidade e as mulleres con enfermidade mental

Tal e como sinala o enfoque promovido pola OMS, a discapacidade non está soamente referida a unha condición de saúde propia da persoa, senón que é o resultado da interacción entre determinadas afeccións (psíquicas e/ou físicas) e unha serie de factores ambientais e persoais. É dicir, **o contexto social pode ser o responsable de xerar un contorno discapacitante**. Neste sentido, a ONU advirte de que as persoas con discapacidade enfrontan maiores riscos ante a vulneración dos seus dereitos fundamentais.

Nesta liña, a Observación xeral número 3 do Comité de Dereitos das Persoas con Discapacidade da ONU (en diante, CDPD) do ano 2016 incide en que os **estereotipos baseados no xénero e a discapacidade** a miúdo conducen a unha discriminación estrutural ou sistémica, en particular no referente á saúde e dereitos sexuais e reprodutivos.

En España, segundo os datos da Enquisa de discapacidade, autonomía persoal e situacións de dependencia (IDADE) (INE, 2020), viven uns catro millóns de persoas con discapacidade dos que aproximadamente **2,5 millóns son mulleres**. Iso supón o 60 % da poboación con discapacidade e, a pesar de ser maioría, enfrontan maiores barreiras pola intersección do xénero co capacitismo e discriminacións múltiples⁴¹.

A violencia contra as mulleres con discapacidade pode ser estrutural e consecuencia dunha lexislación discriminatoria (ONU, 2006). Abarca a violencia practicada en forma de forza física, coacción legal, coerción económica, intimidación, manipulación psicolóxica, engano e desinformación, e na cal a ausencia de consentimento libre e informado constitúe un compoñente fundamental (ACNUDH, 2012). É dicir, **vai máis aló da violencia reprodutiva**.

O estudo *Mujer, discapacidad y violencia de género* (Castellanos-Torres, 2020a) evidenciou **numerosas formas de violencia** contra as mulleres con discapacidade: de natureza física, psicolóxica, sexual ou financeira, e inclúen abandono, illamento social,

⁴¹ Por exemplo, no caso do acceso ao emprego, a taxa de paro é superior á dos homes (INE, 2021). Ademais, hai un 64,7 % de mulleres con discapacidade que están consideradas inactivas coas consecuencias que ten isto para a súa autonomía económica, factor fundamental para saír de situacións de abuso e violencia.

confinamento, humillación, arresto, denegación de cuidados sanitarios, esterilización forzosa e tratamento psiquiátrico forzoso.

Moitas destas situacións prodúcense **dentro das relacións familiares**, incluída a violencia física e a violencia sexual a mans de homes coñecidos con vinculación familiar. Tamén se poden producir **dentro de institucións de coidado** (OHCR, 2020).

As mulleres con discapacidade están **expostas a violencias específicas** e, ademais, ás mesmas formas de violencia que o resto de mulleres, nas que presentan unha **incidencia maior**. Neste sentido, os datos da Macroenquisa de violencia contra a muller (DGVX, 2019) mostran que o 40,4 % das mulleres con discapacidade viviu **algún tipo de violencia na parella** fronte ao 31,9 % das mulleres sen discapacidade.

Doutra banda, é imprescindible ter en conta que **a violencia é a causa de múltiples discapacidades** nas mulleres e tamén nas súas fillas e fillos nados en condicións de violencia. Segundo o informe promovido pola Fundación Cermi Mujeres (Castellanos-Torres *et al.*, 2022) sobre a situación das mulleres con discapacidade:

- O 40 % viviu nalgún momento da súa vida unha situación de acoso sexual.
- O 42 % estivo exposto a violencia sexual na infancia cando era menor de 15 anos, perpetrada por agresores distintos á parella.
- O 14 % de sobreviventes de violencia sexual, fóra da parella, desenvolveu a discapacidade como consecuencia desta violencia.
- O 23 % das mulleres afirma que a súa discapacidade é consecuencia da violencia física ou sexual exercida sobre elas polas súas parellas.

As mulleres con enfermidades mentais e mulleres con discapacidade atópanse, polo tanto, nunha situación de particular **vulnerabilidade ante a violencia reprodutiva**.

O *Informe de derechos humanos de las mujeres con discapacidad 2022* (Fundación Cermi Mulleres, 2023) alertou sobre as situacións de discriminación, **violencia, infantilismo e prexuízos** á hora de acudir a unha revisión xinecolóxica. Segundo o devandito informe, o 22 % «nunca» ou «case nunca» acudiu, un 4 % das mulleres descoñecía se pasarán por un proceso de esterilización, e outro 4 % declarou someterse a iso sen ter toda a información necesaria.

Pola súa banda, Moreno-Hernández e Pérez de la Merced (2022), na súa *Investigación sobre la situación de las mujeres con discapacidad intelectual y del desarrollo en relación con sus derechos sexuales y reproductivos* para Plena Inclusión España, sinalaron que hai unha distancia

considerable entre o coñecemento dos dereitos e o seu exercicio. Este estudo cualitativo puxo de manifesto que «unha ampla maioría non goza de autonomía reprodutiva, pois non elixiu usar os anticonceptivos que usa» e «case a totalidade das mulleres con DID non sabe se pode quedar embarazada ou non» (2022:36). O estudo tamén identificou que «só unha pequena parte recibiu información a través de materiais adaptados» (2022:38) e observábase «unha escasa accesibilidade e formación do persoal dos servizos de saúde sexual e reprodutiva» (ib.).

O estigma e os conceptos erróneos sobre a discapacidade e a sexualidade teñen un profundo impacto negativo nas vidas das mulleres. Provocan desapoderamento e infantilización. Non son consideradas como destinatarias de servizos de orientación e información e moitas veces son «asexualizadas».

En consecuencia, moitas nenas e mulleres novas con discapacidade carecen dos coñecementos e do apoio básicos necesarios para **protexerse dos abusos sexuais, os embarazos non desexados e as infeccións de transmisión sexual**, e non están provistas de ferramentas para tomar decisións informadas sobre o seu propio corpo, saúde e vida (Alcedo Rodríguez *et al.*, 2006; Altundağ S, Çalbayram NÇ, 2016; Cruz Pérez, 2004; Castellanos-Torres, 2020b).

Os estereotipos máis frecuentes teñen que ver coas seguintes ideas (Vázquez e Castro, 2018: 28-29):

- «Son como menores»: é a sociedade a que infantiliza.
- «Son asexuadas»: o desenvolvemento sexual non se diferencia do das persoas sen discapacidade.
- «Teñen menor interese sexual e non son sexualmente aventureiras»: esta idea é froito das crenzas sociais distorcidas de infantilización e de crer que son persoas asexuadas.
- «Non son persoas desexadas»: o desexo é un poder individual sobre o que a sociedade non pode decidir.
- «Non necesitan educación sexual»: todas as persoas teñen dereito a coñecer, aceptar e vivir con satisfacción a súa propia sexualidade.
- «Máis educación sexual = máis desexo sexual»: máis educación sexual = mellor xestión do desexo sexual.
- «Teñen comportamentos sobresexualizados»: esta falsa crenza vén determinada pola necesidade de discriminar os comportamentos adecuados aos espazos públicos ou privados.

- «Non existe a diversidade sexual entre as persoas con discapacidade»: cómpre un proceso de desmitificación cara á diversidade para ter en conta toda a poboación.
- «Non poden tomar decisións con respecto á súa sexualidade»: a responsabilidade sobre o propio corpo e a decisión de intimidade, autónoma ou interpersoal, é individual.
- «As persoas con discapacidade non poden exercer violencia sexual»: calquera persoa que se crea con poder sobre a sexualidade doutra pode ser unha figura agresora. Coñécense casos de violencia sexual cara ás nenas e mulleres con discapacidade por parte de compañeiros con discapacidade, especialmente no ámbito residencial ou institucional.
- «Non teñen risco de vivir violencia sexual»: rexístranse datos que demostran que se poden dar de 2 a 10 veces máis ca nas persoas sen discapacidade (Paola Rivera, 2008)

Paradoxalmente, de acordo cos resultados do traballo de campo desenvolvido, o AEF estaríase levando a cabo en maior medida contra as MDID máis autónomas; aquelas que poderían ser capaces de xestionar a súa sexualidade e maternidade coa educación afectivo-sexual adecuada e os apoios necesarios. Ás veces, segundo apuntan varias das expertas entrevistadas, a familia puido poñerlle como condición á vítima —para permitirlle ter relacións afectivo-sexuais— a esterilización ou anticoncepción forzada.

O AEF contra as mulleres con discapacidade **prodúcese por varias causas**: por unha banda, atoparíamos as **euxenésicas sistemáticas**, que limitan o dereito á reprodución; e por outra, os **motivos que impulsan as familias e institucións** ao coidado de mulleres con discapacidade, que son fundamentalmente dúas:

- **Para controlar a menstruación** co fin de facilitar os coidados persoais.
A menstruación necesita duns coidados básicos de hixiene corporal e, tal como sucede coa sexualidade, en xeral as mulleres e as nenas con discapacidade (sobre todo intelectual e/ou psicosocial) non contan con información adecuada sobre a menstruación, duplicándose esta inaccesibilidade en contornas de pobreza (Serra, 2016). A menstruación das mulleres con discapacidade segue estando rodeada de silencio, tabús e estigma (Shah, Norlin, Logsdon e Samson-Fang, 2005).
Organizacións internacionais como OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF e a OMS (2014) denuncian que o control menstrual non debe utilizarse como pretexto para a esterilización anticonceptiva.

- **Para impedir embarazos.** Iso baixo o estereotipo discriminatorio de considerar que unha muller con discapacidade é incapaz de desempeñar os roles asociados ao exercicio da maternidade.

Así mesmo, hai que ter en conta que existen importantes debates sobre o **exercicio do dereito á maternidade de mulleres con discapacidade intelectual** (Castellanos-Torres, 2023). Os **mitos e estereotipos** materialízanse desde a negativa para ofrecerlles información sobre anticonceptivos ata suxerirlles a esterilización. Son consideradas irresponsables e incapaces de atender os seus fillos de maneira adecuada (Cruz, 2004; Castellanos-Torres, 2023)⁴².

Paradoxalmente, o AEAF contribúe en ocasións a invisibilizar **as agresións sexuais**, posto que o embarazo é ás veces o único signo que axuda a detectar esta situación. Neste sentido, como apunta Laura Serra (2016), este razoamento é extremadamente cruel, dado que parece ser que non importa que se cometa unha violación mentres non haxa un embarazo.

En xeral, a situación de desapoderamento que padecen as mulleres con discapacidade respecto dos seus DSR evidénciase moito máis grave **cando as súas vidas son organizadas fundamentalmente a través de institucións** que lles negan o pleno exercicio da súa autonomía e privacidade, xa sexa de maneira intencional ou non.

O estudo europeo sobre a **violencia experimentada en institucións** (Holla e Smits, 2018), evidenciou este feito. A esterilización de mulleres con discapacidade en institucións como medio para encubrir o abuso sexual (ou para prepararse para o que é visto como un abuso sexual inevitable) rexistrouse en institucións de todo o mundo.

Tal e como sinalou a Alta Comisionada Adxunta das Nacións Unidas para os Dereitos Humanos, «as institucións, como as residencias de longa duración, os orfanatos e as institucións psiquiátricas, tamén poden expoñer as mulleres e nenas con discapacidade a riscos particulares debido á súa reclusión. (...) Poden carecer de acceso a un mecanismo funcional de denuncia de abusos ou violencia mental, física ou sexual, especialmente cando

⁴² Como explica Castellanos-Torres (2020b), estas prácticas forman parte dun modelo máis estendido. A denegación inclúe, así mesmo, a exclusión da asistencia sanitaria apropiada en materia de saúde reprodutiva e das exploracións en materia de saúde sexual, restricións na elección de métodos anticonceptivos, unha tendencia para suprimir a menstruación, carencias na xestión de embarazos e partos, abortos selectivos ou forzados e a denegación do dereito ao exercicio da maternidade.

teñen deficiencias de comunicación ou intelectuais. Poden ser ignoradas, descreídas ou malinterpretadas, o que favorece a violencia sistemática e continuada» (OHCHR, 2020)⁴³.

5.2. Outras mulleres afectadas polo AEA

5.2.1. Mulleres vítimas da explotación sexual

A violencia reprodutiva é exercida xunto coa **violencia sexual**, pois forma parte do control total necesario do corpo feminino para o seu abuso e intervir nas súas consecuencias.

Polo tanto, tamén son vítimas de VR as nenas e mulleres vítimas da explotación sexual, as que se atopan en situación de prostitución, na industria do sexo en calquera das súas variantes comerciais, incluída a do turismo sexual, así como as vítimas de trata con fins de explotación sexual e as vítimas de trata con fins de explotación laboral⁴⁴ (Moura, 2007; García Medina, 2017).

Os responsables da VR contra estas mulleres son múltiples, dependendo da tipoloxía de violencia sexual. Deste xeito, poderíase aludir —ademais de aos propios abusadores— a responsables da industria do sexo á que están vinculadas as vítimas, a figura do home ou muller proxeneta, membros das redes de explotación e de trata, e homes putañeiros. Xunto co anterior, estaría a responsabilidade das e dos profesionais sanitarios que participan desas prácticas cuxa colaboración é necesaria, e as autoridades públicas que non garanten a dilixencia debida sobre a protección ás vítimas.

Desde un enfoque sociolóxico, estas prácticas son consideradas privilexios masculinos segundo as cales os homes conseguen de forma individual ou grupal acceder ao corpo das mulleres que non os desexan; o que fóra da prostitución conseguirían mediante unha violencia explícita ou intimidación (Ranea, 2018)⁴⁵.

O exercicio da **prostitución e a explotación sexual das vítimas de trata** ten graves efectos sobre a saúde das mulleres. Mesmo naquelas situacións nas que o exercicio da prostitución no ámbito local non fose provocado por engano ou obrigación, estas mulleres e nenas sofren

⁴³ Tradución propia do orixinal en inglés.

⁴⁴ Neste caso, a explotación laboral das mulleres require que non se produzan embarazos. Ademais, hai unha forte vinculación entre a explotación laboral e a violencia sexual (acoso, agresión ou violación) cara ás vítimas.

⁴⁵ Segundo Ranea (2018:3), «No imaxinario sociosexual patriarcal, a sexualidade masculina represéntase como unha “necesidade” fisiolóxica, isto é, como unha “necesidade” corporal. Este imaxinario que esencializa a masculinidade foi un dos grandes lexitimadores das violencias sexuais porque ficciona a sexualidade masculinidade como unha “necesidade” chegando a situala mesmo no terreo dos instintos que han de satisfacerse dunha maneira ou doutra».

igualmente abusos e violencia física e psicolóxica, en todos os ámbitos e deben ser consideradas vítimas (Médicos del Mundo, 2012).

Aínda que non haxa rexistros sistemáticos, existen múltiples evidencias de que este tipo de prácticas xeran embarazos non desexados e **prácticas abortivas frecuentes sen control sanitario**.

Doutra banda, asúmese sen moito fundamento que as mulleres prostituídas toman medidas de coidado e protección. Non obstante, cando son recrutadas a idades temperás, non sempre teñen coñecemento sobre métodos anticonceptivos e para a prevención de enfermidades infecciosas ou venéreas. En casos extremos comprobouse que as mulleres que sofren esta violencia son máis propensas ao cancro cervical (Ruffa e Chejter, 2010).

Os estudos sobre mulleres migrantes estranxeiras que exercen a prostitución sinalan que, malia poderen recibir certa atención desde un enfoque biomédico (centrado no control das ITS), se deixan de ter en conta outras consecuencias sobre a saúde psicosocial destas mulleres (Ríos, 2014).

Así mesmo, a Asociación de Mujeres para la Salud (AMS) indica que **unha sexualidade non saudable lle provoca secuelas a calquera muller**, con especial gravidade entre as que están en situación de prostitución ou trata. Ademais dos efectos na saúde física antes indicados, as consecuencias psicolóxicas e emocionais van desde estrés postraumático (con recordos repetitivos e torturantes) a altos índices de depresión e problemas de ansiedade, angustia, medos, fobias, falta de autoestima etc. «Tamén son moi frecuentes os suicidios ou os intentos de suicidio e teñen 40 veces maior risco de seren asasinadas. As mulleres prostituídas están sometidas en moita maior medida a ameazas, malos tratos, violacións, abusos, tortura e múltiples humillacións e degradacións» (Muruaga, 2023).

Por último, en contadas ocasións prestouse atención á análise da calidade de vida das mulleres en situacións de prostitución en referencia á súa «**saúde social**». As escasas aproximacións falan dos temores relacionados coas condicións espaciais e temporais que coartan os seus vínculos e relacións sociais, a percepción de segregación social e illamento, reparos e/ou restricións no acceso a servizos sociosanitarios e os efectos da irregularidade administrativa nos casos de mulleres migrantes ou traficadas (Pinedo, 2008).

5.2.2. Mulleres migrantes, refuxiadas e solicitantes de protección internacional

Segundo datos do padrón, a poboación inmigrante en España representa o 11,68 % do total (INE, 2022). Supoñen 2 778 214 homes e 2 764 718 mulleres. As mulleres migrantes empadroadas son o **11,42 % de todas as mulleres** que viven no noso país.

Para moitas mulleres e persoas non binarias, a violencia por motivos de xénero é un dos **motivos de fuxida dos seus países**. Ademais, a violencia sexual e a violencia reprodutiva prodúcense con frecuencia en contextos de persecución e situacións de conflito armado, así como nos **procesos de fuxida** destes e en contextos **de tránsito non seguros**.

Polo tanto, as nenas e mulleres **migrantes e solicitantes de protección internacional e refuxiadas**⁴⁶ son vítimas en situación de especial **vulnerabilidade do AEA**.

É importante ter en conta que as persoas que migran «non son intrinsecamente vulnerables nin carecen de resiliencia e axencia» (OHCHR-GMG, 2018:5). Desta forma, as persoas migrantes poden atoparse en diferentes situacións de vulnerabilidade «como resultado das situacións que as obrigan a abandonar o seu país de orixe, as circunstancias nas que viaxan ou as condicións ás que se enfrontan á súa chegada, ou debido a características persoais como a súa idade, identidade de xénero, raza, discapacidade ou estado de saúde» (ib.).

En España, se unha muller sufriu **persecución por motivos baseados no xénero** polas autoridades do seu país ou por algún axente terceiro (parella, familia, comunidade ou outros), sen recibir protección das autoridades, podería ser **beneficiaria do estatuto de refuxiada ou de protección subsidiaria**⁴⁷, tal e como establece o marco normativo internacional e da Unión Europea⁴⁸.

A condición de refuxiada pódelle ser recoñecida ás mulleres vítimas de violencia de xénero que, debido a un fundado temor de ser perseguida por motivos de xénero, de pertenza a un grupo social determinado ou orientación sexual, se atopan fóra do seu

⁴⁶ Acceso

⁴⁷ Iso aplícase a nacionais de terceiros países (non membros da Unión Europea) e ás mulleres apátridas.

⁴⁸ Véxase o artigo 14 da Declaración Universal dos Dereitos Humanos e a Convención de Xenebra de 1951 e o seu protocolo (Protocolo de Nova York de 1967); na UE recóllese nos artigos 18 e 19 da Carta de dereitos fundamentais da Unión Europea e regúlase polo Sistema Europeo Común de Asilo (SECA), que abarca o Regulamento de Dublín e tres directivas específicas; así como o novo Pacto sobre migración de asilo da UE (2020). En España, véxase a Lei 12/2009, do 30 de outubro, reguladora do dereito de asilo e da protección subsidiaria (BOE núm. 263, do 31/10/2009).

país de orixe e non poden ou, por mor dos devanditos temores, non queren acollerse á protección de tal país. Polo tanto, se sufriu persecución polas autoridades do seu país ou por algún axente terceiro sen recibir protección das devanditas autoridades, por motivos baseados no xénero podería ser beneficiaria do estatuto de refuxiada. Estes motivos poden ser, **entre outros**, violencia física ou psicolóxica exercida pola parella ou exparella, agresións ou abusos sexuais, **esterilización ou aborto forzado**, mutilación xenital feminina ou risco de sufrirla, matrimonio forzado e trata de mulleres e nenas» (DGVX, s. d.; énfase agregada).

É importante indicar que non todas as mulleres acceden a figuras administrativas de protección internacional en España. **O acceso á protección** atópase colapsado desde hai anos e o conxunto do sistema de protección español presenta deficiencias⁴⁹ que dificultan a protección adecuada das mulleres e das nenas. **Nin sequera hai un rexistro das solicitudes de refuxio por motivos de xénero**, polo que non se lle pode dar un adecuado seguimento á cuestión.

No ano 2022, España converteuse no **terceiro país con maior demanda de protección internacional de toda a Unión Europea**⁵⁰: 64 219 solicitudes de homes e **54 623 de mulleres** (Ministerio do Interior, 2023). Foi o **quinto país da UE que máis proteccións temporais concedeu** no ano 2022: 161 037 concedidas a persoas desprazadas pola invasión de Rusia a Ucraína⁵¹ (Ministerio do Interior, 2023).

Non obstante, **as taxas de recoñecemento están moi afastadas da media da Unión Europea** (16,5 % fronte ao 38,5 %). Desde a perspectiva de xénero conséntase que a taxa de

⁴⁹ As denuncias por parte das ONG especializadas foron constantes, sobre todo desde 2018 polas deficiencias do sistema español (véxanse, por exemplo, os informes anuais de CEAR). En xuño de 2023, 23 ONG especializadas realizaron unha queixa ante a Comisión Europea denunciando o colapso do sistema de citas para solicitar asilo en España (Europa Press, 2023). As entidades son Andalucía Acoge, Asociación Atalaya Intercultural, Asociación Claver, Asociación Loidola Etxea, Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), Centro Padre Lasa, CESAL, Coordinadora de Barrios, Creando Huellas, Fundación Ellacuría, Fundació Migra Studium, Fundación Red Íncola, Fundación San Juan del Castillo-Centro Pueblos Unidos, MPDL, La Merced, Progestión, Provivienda, Red Acoge, SJM, SJM Almería, SJM Valencia, Sercade.

⁵⁰ Segundo datos de Eurostat (2023), Alemaña recibiu unha cuarta parte (25 %) das solicitudes de asilo, seguida de Francia (16 %), España (12 %), Austria (11 %) e Italia (9 %). Rexistráronse 117 945 solicitudes de asilo en España; 118 842 solicitudes de protección internacional segundo o avance trimestral de datos de protección internacional acumulados ata o 31 de decembro de 2022 (Subsecretaría do Interior, Dirección Xeral de Política Interior do Ministerio do Interior, 2023).

⁵¹ En aplicación da Directiva 2001/55/CE, de protección temporal, do 4 de marzo de 2002, que garante o dereito a residir, traballar e acceder a prestacións sociais ás persoas beneficiarias.

recoñecemento **das mulleres (11,59 %)**⁵² é **6,3 puntos inferior á dos homes (17,90 %)** (segundo os datos do Ministerio do Interior, 2023).

As dez principais **nacionalidades de procedencia** das persoas solicitantes de protección internacional en España durante o ano 2022 foron Venezuela, Colombia, O Perú, Marrocos, Honduras, Nicaragua, Malí, Afganistán, O Salvador e Cuba. Con resolución favorable foron Malí, Afganistán, Ucraína, Siria e Colombia. As principais nacionalidades con protección subsidiaria⁵³ foron Venezuela, Colombia, O Perú, Panamá e Chile.

Hai que ter en conta que estes datos **non recollen a presenza real de persoas susceptibles de protección**, tanto polas deficiencias no acceso á solicitude como pola infrademanda de moitas vítimas ao considerar España como un país de tránsito.

Certamente, o noso país **é unha ruta de tránsito** (cara ao resto da UE) **e non soamente un destino**. Iso quere dicir que moitas mulleres están de forma temporal porque o país ao que queredían chegar é outro⁵⁴. Isto pode supoñer que se atopen nunha **situación administrativamente irregular** (sen papeis).

Respecto do desprazamento, **as nenas** (acompañadas e non acompañadas) **e mulleres que emigran a través de rutas que non son seguras**⁵⁵ fano en condicións de alta vulnerabilidade e son vítimas frecuentes da violencia sexual e da violencia reprodutiva, entre outras.

Ademais, hai que considerar que varias das rutas que chegan a territorio español se consideran **das máis perigosas do mundo**, polo número de mortes que supón o seu

⁵² Os datos por sexo mostran resolucións favorables: 4444 mulleres; razóns humanitarias: 11 517 mulleres; recoñecemento do estatuto de apátrida: 91 mulleres (fundamentalmente do Sáhara non recoñecido). Datos ata o 31/12/2022 (Subsecretaría do Interior, Dirección Xeral de Política Interior do Ministerio do Interior, 2023).

⁵³ O dereito á protección subsidiaria é o dispensado ás persoas doutros países e ás apátridas que, sen reuniren os requisitos para obter o asilo ou seren recoñecidas como refuxiadas, pero respecto das cales se dean motivos fundados para crer que se regresasen ao seu país de orixe no caso dos nacionais ou ao da súa anterior residencia habitual no caso das apátridas, se enfrontarían a un risco real de sufrir algún dos danos graves previstos na Lei 12/2009, do 30 de outubro, reguladora do dereito de asilo e a protección subsidiaria, e que non poden ou, por mor do devandito risco, non queren acollerse á protección do país de que se trate, sempre que non exista algunha das causas de exclusión ou denegación establecidas na mencionada lei (Ministerio do Interior, s. d.).

⁵⁴ A regulación do dereito de asilo en Europa implica que, cando se chega a un «país seguro», se debe solicitar protección internacional neste. De non facelo, a persoa solicitante sería devolta ao primeiro país seguro (Regulamento (UE) núm. 604/2013 do Parlamento Europeo e do Consello, do 26 de xuño de 2013, polo que se establecen os criterios e mecanismos de determinación do Estado membro responsable do exame dunha solicitude de protección internacional presentada nun dos estados membros por un nacional dun terceiro país ou un apátrida, Dublín III).

⁵⁵ Véxase o Pacto mundial para unha migración segura, ordenada e regular (GCM) das Nacións Unidas (A/RES/73/195 adoptado en Marrakech en 2018), que é o primeiro acordo intergubernamental ao respecto.

tránsito (o Mediterráneo e a ruta cara ás Illas Canarias) e polos países que atravesan ata chegar á fronteira española, que non son seguros na súa maioría (non se garanten todos os dereitos humanos das mulleres nin garanten o non retorno ao país de orixe) (ECRE, 2019; OIM, 2022, 2023; Camiñando Fronteiras, 2022, 2023).

En España non se recollen datos oficiais sobre o tipo de violencias que sofren as mulleres solicitantes nin refuxiadas, nin hai rexistro da VCM (e da súa tipoloxía) como motivación para a solicitude de protección internacional no noso país. Existe, polo tanto, unha importante falta de produción de coñecemento institucional ao respecto.

En canto ás **mulleres estranxeiras en xeral**, si son tidas en conta no estudo da prevalencia da VCM a través da Macroenquisa de violencia contra a muller (DGVX, 2019).

Os datos da macroenquisa sinalan que as mulleres nadas no estranxeiro son especialmente vulnerables á violencia:

- Case o 46 % destas mulleres sufriu violencia a mans dunha parella. O 45,6 % violencia psicolóxica e o 24,7 % violencia física ou sexual, o 40,3 % violencia de control e o 34,9 % violencia emocional.
- O 15,7 % sufriu violencia física fóra da parella.
- O 9,8% indica que sufriu polo menos un episodio de violencia sexual perpetrada por unha persoa distinta á súa parella.
- Máis do 44 % foi vítima de acoso sexual nalgún momento da súa vida e o 19,3 % sinala que sufriu acoso reiterado.

O estudo realizado pola asociación AIETI (2020) mostra que as mulleres migrantes **se benefician en menor medida das axudas** económicas previstas para a loita contra a VX. Teñen **maiores dificultades de acceso á protección e exercicio dos seus dereitos** se están en situación de irregularidade xurídica, en dependencia do cónxuxe ou en situación de tráfico e trata. A maioría dos asasinatos por VX son cometidos por españois, mesmo cando a vítima é estranxeira. Ademais, son as **principais vítimas da explotación sexual** (trata e prostitución).

En canto á **presenza de AEAF**, ao longo do traballo de campo as organizacións e expertas consultadas puxeron de manifesto a existencia tanto de abortos **como de embarazos forzosos**

entre as mulleres migrantes que tratan de chegar a España, froito en moitos casos da violencia sexual á que son sometidas nos **territorios de tránsito**.

Nalgúns casos, algúns embarazos poderían ser intencionais, pero tal e como relatan as organizacións, a maioría non son interrompidos pola falta de información e de acceso a servizos de saúde sexual e reprodutiva, o que lles impide adoptar medidas de anticoncepción, incluída a IVE. Así mesmo, sinalouse que nalgúns casos os embarazos se levan a termo baixo a crenza de que poderían favorecer a non expulsión da nai xestante do territorio nacional.

En situación de especial vulnerabilidade atópanse as mulleres en situación administrativamente irregular ou á espera de resolución administrativa sobre a súa situación de residencia en España e as menores non acompañadas (MENA).

Deste xeito, atopamos no noso país **nenas e mulleres de orixe migrante** que foron vítimas nos seus países de orixe —ou no tránsito cara a España— de AEAF e non recibiron atención por iso **nin foron recoñecidas como vítimas** da VR como unha violencia específica por motivos de xénero.

Todo o anterior non exclúe que a violencia se producise ou **se estea producindo tamén no noso país**. Os desprazamentos implican cambios nos roles de xénero das persoas e iso supón **estrés psicosocial na sociedade de acollida**. Do mesmo xeito, implica con frecuencia a perda de estruturas sociais e culturais de referencia, e posiblemente as familiares, polo que se incrementa **o risco de violencia por motivos de xénero** (IOM, 2020).

No ano 2022, a Unión de Asociaciónes Familiares (UNAF) denunciou que en España as mulleres migrantes non están accedendo aos recursos de atención en saúde sexual e reprodutiva: «a participación destas mulleres nos servizos e recursos de atención especializada é anecdótica, estimamos que só alcanza un 0,1 %, o que pon de manifesto que as mulleres na súa gran maioría non acceden e que os recursos non chegan» (UNAF, 2022).

Como xa sinalamos, a maioría das cifras dispoñibles sobre protección internacional en España carecen do cruzamento da variable sexo e da perspectiva de xénero. Este déficit esténdese ao

conxunto do **Sistema de Acolliada de Protección Internacional e Temporal (SAPIT)**⁵⁶ e os datos dispoñibles sobre este.

Na actualidade (datos do 31 de marzo de 2023), 18 181 mulleres (52 % dun total de 34 725 persoas)⁵⁷ estaban a recibir os servizos e prestacións do Sistema de Acolliada, en calquera das súas modalidades, e o 29 % eran menores de idade (OPI, 2023b). Na ilustración inferior pode apreciarse a súa distribución no SAPIT por comunidades autónomas.

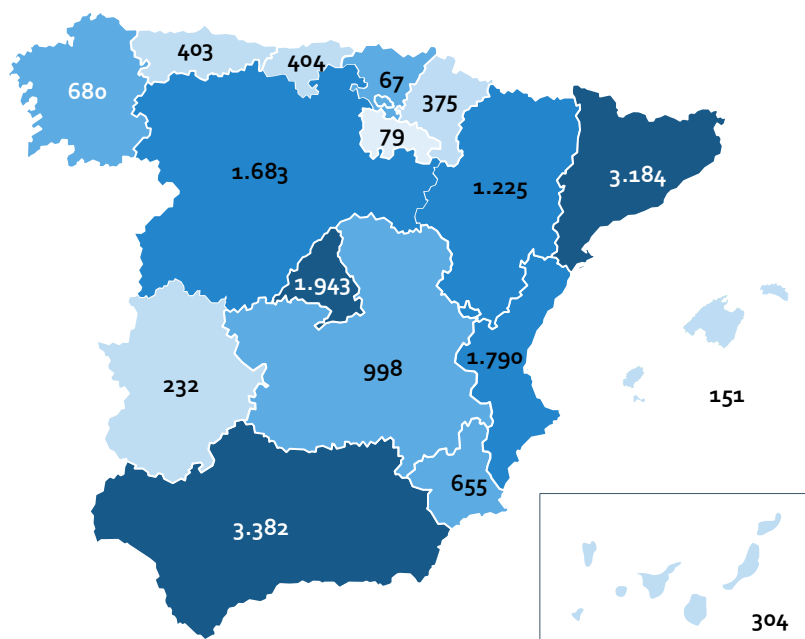
Por comunidade autónoma, a maior parte das mulleres rexistradas no sistema atopábase en Andalucía (20 %), Cataluña (16 %), Comunidade de Madrid (11 %), Comunidade Valenciana (10 %) e Castela e León (9 %) (OPI, 2023b).

Segundo os datos dispoñibles no Sistema Informático do Programa para Refuxiados Inmigrantes e Solicitantes de Asilo (SIRIA), os principais **países de orixe** das mulleres beneficiarias rexistradas no sistema de acolliada son Ucraína (58 %), Colombia (10 %), Venezuela (9 %), Afganistán (6 %), Siria (3 %), O Perú (3 %), Xeorxia (2 %), cun 1 % nacionais de Rusia, Marrocos, Honduras e O Salvador; por baixo do 1 % están o resto de nacionais (OPI, 2023b).

⁵⁶ Mentres que as solicitudes de protección internacional son xestionadas pola Oficina de Asilo e Refuxio (OAR) do Ministerio do Interior, o SAPIT é responsabilidade do Ministerio de Inclusión, Seguridade Social e Migracións (MISSM), que o implementa a través de varias ONG. Dispón dunha rede de centros e recursos distribuídos polo territorio nacional, tanto de titularidade pública como centros xestionados por entidades do terceiro sector (MISSM, 2023). O Sistema desenvólvese mediante itinerarios individualizados de prestacións e servizos de distinto tipo.

⁵⁷ As persoas destinatarias do Sistema de Acolliada presentaron unha solicitude de protección internacional e son beneficiarias de protección internacional en España; ou son solicitantes ou beneficiarias do estatuto de apátrida ou de protección temporal, e carecen de medios económicos suficientes (non superan a contía mensual individual da renda garantida prevista na Lei 19/2021, do 20 de decembro, pola que se establece o ingreso mínimo vital).

Ilustración 4. Distribución do número de mulleres beneficiarias de protección internacional no Sistema de Acolida por comunidades autónomas. Total estancias. Total nacional o 31/03/2023.



Fonte: OPI (2023) a partir de SIRIA

(*) Ceuta: 3 mulleres

O MISSM empezou a recompilar algúns datos provenientes das entidades do Sistema de Acolida sobre **as violencias de xénero** que sofren as beneficiarias que se atopan no Sistema de Acolida, pero non son aínda públicos. Non se recompilan datos sobre as mulleres que, por diferentes razóns, non están no sistema, pero si son beneficiarias da protección internacional por parte do Estado español. Tampouco sobre aquelas que están no programa de recolocación nin o de reasentamento.

O proxecto de implementación do **Protocolo de actuación de violencia sobre xénero** do Ministerio de Inclusión, Seguridade Social e Migracións e ACNUR, que se desenvolve xunto con diversas ONG, registrou algúns datos con respecto á detección da VX no sistema. De acordo coa información recompilada (CEAR, 2023b), soamente no primeiro semestre de 2022 detectáronse polo menos 90 casos.

Os datos sinalan que os agresores eran próximos ás vítimas ou a súa parella actual (69 %) ou exparella (31 %). Nun 49 % das situacións residían no mesmo lugar. No 80 % dos casos as mulleres tiñan polo menos un menor ao seu cargo (polo menos 139 nenos

e nenas víronse afectados por estas agresións). **Estes datos non inclúen as violencias reprodutivas**. Na actualidade, o proxecto traballa na ampliación das VCM que cumpriría detectar, para aproximarse en maior medida ás recollidas polo Convenio de Istambul.

Para aproximarnos á prevalencia, como parte do traballo de campo deste estudo, a ONG ACCEM, especializada na atención a mulleres refuxiadas, migrantes e en situación ou risco de exclusión social, compilou os datos de casos identificados desde o ano 2019 ata maio de 2023. En total, identificáronse **23 mulleres vítimas de AEAF e outras violencias** (reprodutivas e de xénero), incluídos casos de matrimonios forzosos. Trátase dunha subestimación, dado que son só os casos patentes ou os verbalizados polas vítimas os que se puideron identificar.

O perfil das vítimas atendidas por ACCEM é o de mulleres maioritariamente en idade reprodutiva (entre os 20-37 anos), a metade delas con fillos/as menores. Na súa maioría sufriron estas violencias hai tempo no seu país de orixe e o principal motivo de vir ao noso país foi precisamente fuxir da situación de violencia de xénero que estaban a atravesar alí e que as facía temer pola súa integridade física e a dos seus fillos e fillas.

5.2.3. Mulleres xitanas e doutros grupos étnicos

En España, carecemos de estudos e de estatísticas desagregadas por orixe étnica ou por racialización que nos acheguen á posible prevalencia das vítimas de AEAF nestes colectivos de mulleres.

O AEAF produciuse sistematicamente contra **mulleres de pobos orixinarios/indíxenas** ou **aborixes** e pertencentes a minorías **étnicas** —como son as **mulleres xitanas**— a modo de «medidas de control demográfico» co obxectivo de limitar o crecemento dalgunhas poboacións baixo premisas ideolóxicas racistas e discriminatorias.

Actualmente, **perduran prácticas de coerción sutil** (baixo a noción do «propio ben») **xunto con ameazas** (por exemplo, coa perda de —ou imposibilidade de acceder a— axudas sociais, económicas ou alimentarias) e, en determinadas situacións, denunciáronse casos de violencia física, aínda que non foron rexistrados en España.

Un caso paradigmático son as denuncias de mulleres **indíxenas e campesiñas** esterilizadas durante os anos noventa no Perú a través do Programa nacional de saúde

sexual e reprodutiva e planificación familiar implementado polo Goberno Fujimori (IAMAMC, 2016; Amnistía Internacional, 2019).

Non obstante, **estas prácticas continúan producíndose** na actualidade no mundo e é particularmente preocupante a esterilización forzada, tal e como sinalan organismos internacionais como a Relatoría sobre os Dereitos dos Pobos Indíxenas da Comisión Interamericana de Dereitos Humanos (CIDH)⁵⁸. Por exemplo, no ano 2019 alertouse sobre as denuncias de esterilizacións forzadas contra mulleres indíxenas no Canadá, que son «unha expresión flagrante de violencia e discriminación baseada tanto no seu xénero como na súa orixe étnica» (CIDH, 2019).

No territorio da Unión Europea, resulta especialmente preocupante **a situación das mulleres xitanas**. Algúns dos países onde recentemente houbo unha alerta pública notoria ao respecto foron Eslovaquia⁵⁹ e a República Checa (Amnesty International, 2013; 2021; Albert e Szilvasi, 2017).

Na República Checa, no ano 2009 produciuse unha investigación do Defensor de Pobo seguida por unha desculpa pública do Estado ás vítimas e unha compensación para as que se viron afectadas entre o ano 1966 e o ano 2012. En Eslovaquia ocorreu algo similar no ano 2021 respecto dos casos acontecidos entre 1966 e 2004⁶⁰. Hungría foi outro país onde se denunciaron estas prácticas⁶¹ (Open Society Foundations, 2011; Koldinská, 2009).

Non hai datos en España ao respecto, aínda que tampouco houbo campañas estatais contemporáneas contra a poboación xitana comparables aos dous casos anteriores. As mulleres xitanas no noso país poden sufrir VR como as mulleres do resto da poboación, pero no seu caso prodúcese en intersección con outros eixes de opresión e desigualdade que non están afectados só polo xénero, como son **o antixitanismo e a falta de recursos**. Todo iso dificulta a visibilidade desta violencia.

⁵⁸ Existen varias declaracións e informes desta Relatoría da Organización dos Estados Americanos (OEA) onde se menciona esta preocupación. Acceso

⁵⁹ Véxase, por exemplo, a Sentenza do Tribunal Europeo de Dereitos Humanos, novembro de 2011 sobre o caso V. C. v. Eslovaquia (núm. 18968/07). Acceso

⁶⁰ Acceso á web do Goberno eslovaco.

⁶¹ Véxase UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW/C/36/D/4/2004, August 29, 2006. Acceso

De acordo coas consultas realizadas a persoas expertas, os tipos de AEAF máis verbalizados por parte das vítimas xitanas son **a esterilización «recomendada» e a anticoncepción**. Esta VR non adoita vir exercida por parte da parella ou exparella, senón por parte do propio sistema sanitario, claro síntoma da **violencia institucional reproducida polos profesionais da saúde**.

Considérase que o paternalismo, a alta farmacoloxía e o antixitanismo son síntomas presentes na vida das mulleres xitanas, que lles afecta aos seus DSR e á vivencia da maternidade mediante o xuízo cultural respecto do número de fillos e fillas *adequado*, a idade do seu primeiro embarazo e a distancia temporal na que se producen os embarazos.

Na investigación de Asensio e outras (2019), que compara actitudes e experiencias en relación coa anticoncepción en poboación gitana e non gitana, quedou de manifesto que a poboación gitana é máis tradicional na súa concepción familiar e que este podía ser un dos motivos polos que tiñan máis fillos que a poboación non gitana. Unha **preferencia que é interpretada de forma racista** por algúns profesionais do ámbito sociosanitario.

Na consulta realizada a persoas expertas, púxose de manifesto que se considera que hai demasiadas mulleres novas xitanas (de idades entre os 18-35) tratadas con anticonceptivos sen seren informadas de todas as consecuencias que teñen. En moitas ocasións non serían solicitados por elas mesmas, senón que foron *recomendados* ou pautados por ser novas, vivir situacións de pobreza ou dar por feito que non son libres de decidir sobre as relacións sexuais que practican. É dicir, **a «recomendación» funciona como unha coerción sutil** que implica a súa aceptación por incapacidade —ou medo— de cuestionar as decisións médicas e porque confían no sistema sanitario.

Outra das situacións reveladas no traballo de campo e que máis sofren as mulleres xitanas é **a esterilización total ou parcial** (ligadura de trompas). Iso non é percibido como violencia por parte de moitas mulleres xitanas, senón como unha recomendación que, con todo, non coincide cos seus desexos nin preferencias. Denúnciase, polo tanto, que esa actuación adoita ser inicialmente consentida —pero non suficientemente informada— e que se realiza en mulleres xitanas de idades novas a partir do xuízo cultural dos profesionais sanitarios sobre o número de fillos ou fillas que xa tiveron.

Un dos exemplos recorrentes aos que se alude é, tras unha segunda cesárea, indicarlle á muller que se lle *debe* practicar unha ligadura de trompas, porque na terceira cesárea non sería posible realizar a intervención e sería demasiado perigoso para a súa vida e a

do futuro bebé. Con todo, as recomendacións sanitarias permiten facer ata tres cesáreas.

De novo, a investigación comparada de Asencio e outras (2019), que enquisou máis de 800 persoas (mulleres e homes de dous barrios de Barcelona de etnia xitana e non xitana), revelou que **as mulleres xitanas utilizaban en maior proporción a ligadura de trompas e o implante** que as non xitanas, e que os homes xitanos utilizan con maior frecuencia a marcha atrás ou *coitus interruptus*. Respecto da información sobre os métodos anticonceptivos, o estudo mostrou que as mulleres xitanas **coñecen en maior proporción o DIU, a inxección anticonceptiva e a obstrución tubárica que as non xitanas**, e coñecen en menor proporción o preservativo masculino; mentres que os homes xitanos coñecen menos o preservativo feminino que os que non o son. Polo tanto, parece tamén necesario unha análise detida destas situacións desde unha perspectiva de xénero nas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva.

5.3. Necesidades das mulleres vítimas de AEAF

5.3.1. Necesidades comúns

Ao longo da investigación tratouse de distinguir cales son as necesidades que poden ter as vítimas de AEAF prestando atención aos seus diferentes perfís. É importante subliñar que se dispón de pouco coñecemento sobre este tipo de violencia reprodutiva e é necesario desenvolver **máis investigacións ao respecto, sobre todo a través das experiencias das propias vítimas.**

Pola súa banda, tanto a literatura especializada como as organizacións e expertas consultadas fan referencia a un conxunto de necesidades específicas das vítimas do AEAF e da VR en xeral; aínda que toda a información se dirixe previamente a subliñar que calquera vítima de VCM **teñen necesidades comúns que aluden á integridade (respecto da protección de todos os seus dereitos) e á accesibilidade universal e cultural.** Dado que isto é común para todas as violencias, desenvólvese en detalle no capítulo relativo ás propostas e recomendacións para a intervención (véxase o capítulo 15).

En primeiro lugar, débese ter en conta os **danos específicos sufridos e as súas consecuencias,** (véxase o punto 4.5) polo que habería que considerar o seguinte:

- **Necesidade de toma de conciencia:** as vítimas descoñecen os DSR fundamentais e adoitan caracterizarse por un acceso moi escaso aos servizos de saúde xinecolóxica e obstétrica e de información e orientación sexual e de saúde menstrual.
- En xeral, no ámbito da sexualidade, da reprodución humana, da menstruación e do corpo en xeral **perduran numerosos tabús**. Para moitas mulleres son temáticas que producen **vergoña** e respecto das que **non senten confianza** e comodidade. En moitos casos, nin sequera tomaron conciencia da violencia que sufriron.
- **Credibilidade e recoñecemento.** A persistencia de estereotipos sobre a sexualidade, o capacitismo e a discriminación étnico-racial (entre outros) inflúen na consideración dos testemuños das vítimas. Ademais, cando a toma de conciencia é tardía, inflúe o tempo que pasou desde as agresións, polo que as vítimas cren que non poderán ser recoñecidas como tales.

(...) vivira situacións de abuso por parte do seu pai e esta muller o que fixo foi, no seu momento, acudir á traballadora social da zona, quen non lle deu moita credibilidade porque, como ten problemas na saúde mental... non lle daba moita credibilidade ao discurso do que contaba (E3)

O relato dunha muller con discapacidade física vai ser máis crible ca o dunha muller con trastorno mental ou o dunha muller con discapacidade intelectual, polos mitos existentes cara a estas discapacidades (E7)

- **Deshomoxeneización.** No caso da discapacidade, sinálase que con frecuencia hai profesionais da atención social, axentes policiais e xudiciais que adoitan entender a discapacidade de maneira homoxénea, sen teren en conta os diferentes tipos de discapacidade que existen e as diferenzas entre elas.

O mesmo ocorrería coas mulleres xitanas e as procedentes de distintas diásporas que son englobadas na categoría de «inmigrante» sen ter en conta as diferenzas de valores sociais e relixiosos e costumes que afectan ás súas vivencias.

- **Información sobre recursos.** As vítimas de AEAF necesitan información accesible, clara, sinxela e adaptada ás características dos diferentes perfís de mulleres destinatarias. De acordo coa OMS (2022), esta atención debe ofrecerse de maneira confidencial, sen discriminación e sen a ameaza de axuízamento penal ou outras

medidas punitivas⁶². Isto último é moi importante porque se tende a culpabilizar ou criminalizar as mulleres vítimas de VR.

- **Comprensión e apoios para a comunicación:** as mulleres que afrontan necesidades de comunicación específicas teñen sentimentos de incomprensión, sobre todo se os seus apoios comunicativos son inadecuados.

Por exemplo, as mulleres xordas poden requirir, ademais de intérpretes de LSE, mediadoras comunicativas; outras poden necesitar mediadoras en xordocegueira. Algunhas MDID e as mulleres con parálise cerebral poden necesitar logopedas.

Xunto co anterior, resulta de utilidade dispoñer de pictogramas representativos de diferentes formas de violencia e sobre SSR, xa que resultan útiles para o conxunto das vítimas.

No caso dalgunhas comunidades de determinadas diásporas necesítanse figuras de mediación e interpretación cultural que poidan *traducir* as vivencias e as significacións que se lle dá a unha experiencia⁶³. Tamén para que, cando ocorre un problema, as vítimas poidan ter referentes comunitarios formados nestas violencias e que poida facilitarse a atención desde as comunidades cara aos recursos.

- As vítimas **necesitan ser atendidas por persoal formado** en VR e AEAF, pero tamén con respecto ás necesidades específicas dos colectivos de mulleres que son as súas principais vítimas
- A experiencia das EELL e expertas (ONG e investigadoras) sinala categoricamente que hai que considerar un requisito imprescindible: a formación para a AEAF, as temáticas de DSR, saúde e igualdade de xénero e VCM.

⁶² Observación xeral núm. 36, parágrafo 8: artigo 6 do Pacto internacional de dereitos civís e políticos, sobre o dereito á vida. Xenebra, Comité de Dereitos Humanos das Nacións Unidas (124.º período de sesións), 2018 (CCPR/C/GC/36).

⁶³ Unha das expertas explicábo do seguinte modo: «hai mulleres que acoden coas súas fillas cando consideran que se desenvolven a unha idade demasiado temperá, vénlles o período moi pronto e entón iso vai impedir o seu crecemento (...). Van ao centro de saúde para que se lle intente *tratar* ese desenvolvemento. Na India, por exemplo, si se lle facilita ese tipo de tratamentos; aquí non, porque se entende como algo normal. (...) Aquí os médicos dinlles que non entenden cal é o problema. (...) Estas mediadoras intentan explicarlles [aos profesionais] o contexto no que isto supón un problema para elas (...), contribúen ao afrontamento da situación» (entrevista).

- O seu proceso de recuperación implica **procedementos de derivación especializada**. Isto implica un traballo coordinado entre os servizos sanitarios e as organizacións expertas (atención a mulleres altamente vulnerables e a outras violencias concomitantes como, por exemplo: VX, VS, MXF, explotación sexual, matrimonios forzados etc.).
- As vítimas requiren **recoñecementos xinecolóxicos e médicos** para detectar danos e consecuencias na saúde das violencias padecidas. Precisan dun acompañamento **psicolóxico e psiquiátrico** con seguimento a longo prazo. Con frecuencia poden requirir cirurxías reparadoras e longos tratamentos farmacolóxicos (véxase ao respecto o punto sobre as consecuencias do AEAF).
- Requírese valorar atentamente a **vinculación entre esterilización e agresións sexuais**; sobre todo contra mulleres con discapacidade e vítimas da explotación sexual.
- Sobre as **necesidades de acceso á xustiza**, é necesario garantir tamén a perspectiva da interseccionalidade e da universalidade. Estes recursos poden incluír unha reparación adecuada, efectiva e rápida en forma de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción e garantías de non repetición⁶⁴.
- Estas formas de VR contra as mulleres abórdanse principalmente a través do dereito penal, pero sen lle outorgar a debida énfase á **necesidade de participar na prevención, protección e indemnización** (GREVIO, 2020).
- Sería necesario adaptar ou dotar de apoios os procedementos (actividade probatoria, comunicacións, exploracións) para as mulleres con discapacidade e membros de diásporas.
- No caso das mulleres con discapacidade, cando están privadas de capacidade legal, as barreiras no sistema de xustiza son case insuperables. Mesmo cando denuncian abusos, as vítimas a miúdo non son percibidas como cribles (Holla, Juultje e Smits, José, 2018; Castellanos-Torres, 2020b). Neste sentido, xa a Observación xeral núm. 3 do CDPD (2016) alerta sobre **a falta de concienciación e estereotipos nocivos por parte do funcionariado público, a xudicatura, a fiscalía ou a policía**. A falta de comprensión e

⁶⁴ Observación xeral núm. 22 relativa ao dereito á saúde sexual e reprodutiva, parágrafo 64 (artigo 12 do Pacto internacional de dereitos económicos, sociais e culturais). Xenebra, Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais das Nacións Unidas, 2016 (E/C/12/GC/22).

a falta de recoñecemento disuade da denuncia, e redonda na impunidade e na invisibilidade (Castellanos-Torres, 2020b).

- Moitas veces ocorren violacións dos dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres con discapacidade debido a que primeiro lles foi violado o dereito ao exercicio da **capacidade xurídica**. Á hora de practicar unha esterilización, a vontade das mulleres con discapacidade non se ten en conta se o seu dereito á capacidade xurídica lles foi restrinxido (Serra, 2016).
- As barreiras de acceso á xustiza das vítimas de VR tamén poden aflorar nas situacións de **incerteza legal**, como as que afrontan mulleres migrantes en situación administrativa irregular ou pendente de resolución a súa petición de PI ou mulleres en situación de prostitución ou trata con fins de explotación sexual ou explotación laboral.
- **Reparación simbólica**. O AEF —e a VR en xeral— non está incluída nos actos simbólicos de concienciación, denuncia e reparación sobre a VCM.

Algunhas das entrevistadas realizaron unha crítica ao acto institucional de petición de perdón ás vítimas que se fixo cando se aprobou o cambio do artigo 156 do Código penal sobre as esterilizacións forzadas ás mulleres con discapacidade. Valorouse como insuficiente e non restitúe o dano que se lles fixo a estas mulleres esterilizadas.

- **Vínculos e apoio**. As características do AEF supoñen que as mulleres estiveron enormemente illadas na súa vitimidade. Na maioría dos casos hai unha relación directa entre o abuso e o illamento social e a falta de rede social. Requírese establecer lazos afectivos e de amizade con outras persoas.

5.3.2. Necesidades segundo o perfil das afectadas

Con respecto ás necesidades específicas **dalgúns colectivos** ao longo da investigación recolleuse o seguinte:

- **Mulleres con discapacidade**: requiren unha importante deshomoxeneización como colectivo; cada discapacidade ten as súas características.
 - Con respecto ás súas familias e ás persoas de apoio e coidadoras, estas necesitan comprender que a sobreprotección pode converterse noutra forma de violencia. Necesitan coñecer que é a violencia contra as mulleres

con discapacidade e a violencia reprodutiva en particular e identificar como contribuír á súa recuperación.

- En moitos casos, as familias e institucións cuidadoras foron os perpetradores da VR, polo que requiren tomar conciencia do dano causado e das vías mediante as que reparar as vítimas.
- **Mulleres xitanas:** precisan coñecer os seus dereitos como pacientes e cidadás e saber identificar as consecuencias de situacións de AEAF que viviron. Igualmente precisan de acompañamento para identificar posibles actitudes de antixitanismo (por exemplo, detrás de recomendación médicas que non son neutrais). Iso significa que requiren asesoramento sobre discriminación.
- **Mulleres migrantes, solicitantes ou refuxiadas ou con PI:** necesitan unha adaptación da intervención nun marco intercultural máis preciso, que non as revitimice e que faga accesibles os servizos mediante intérpretes culturais, o que vai máis aló da barreira do idioma.
 - Tamén poden requirir en maior medida **recursos para a conciliación familiar** que garanta o seu acceso aos procesos de atención pola carencia doutros apoios próximos.
 - Moitas mulleres son vulnerables pola súa situación administrativa, polo que necesitan **apoio nos procedementos de regularización ou PI** nos que se atopen ou requiran iniciar.
 - Dependendo do seu país de orixe, poden requirir a **aprendizaxe do castelán (e da lingua cooficial** da comunidade autónoma onde residan).
 - **A SSR está practicamente ausente dos procesos de acollida** e dos procesos de inclusión, o que afecta á prevención, detección e atención. Representan un colectivo con especiais dificultades para coñecer os recursos de axuda dispoñibles en materia de igualdade e VCM (en xeral) e para confiar en determinados servizos e profesionais aos que verbalizarlles as violencias sufridas; en maior medida, as reprodutivas.
 - Ademais, poden enfrontar situacións de certo **illamento institucional**, polo que hai que traballar especificamente nos devanditos espazos. Referímonos ao illamento obrigado (por exemplo, CIE) ou de illamento limitado porque dependen dos recursos de atención (por exemplo, CETI de Ceuta e Melilla, CAR ou CREADE).

6. AEF: marco normativo institucional

6.1. Contexto internacional e europeo

6.1.1. Marco xeral de partida

A anticoncepción forzada, a esterilización forzada e o aborto forzado supoñen unha vulneración específica dos **dereitos sexuais e reprodutivos** (DSR) e dos **dereitos fundamentais** (Patel, 2019) tales como o dereito á saúde⁶⁵, o dereito á información⁶⁶, o dereito á liberdade e á seguridade da persoa⁶⁷, e o dereito á igualdade e á non discriminación⁶⁸.

A esterilización forzosa foi amplamente denunciada como unha violación dos dereitos humanos equivalente á tortura e unha forma particularmente perniciosa de violencia baseada no xénero (UNFPA, 2018).

O aborto forzado supón unha violación do dereito a non ser sometido a torturas nin a tratos e penas crueis, inhumanos e degradantes, incluído o dereito á integridade física e mental⁶⁹ (OMS). Neste sentido, a OMS sinala que:

Os Estados deben impedir e perseguir os abortos forzados realizados por funcionarios públicos e axentes privados, especialmente cando se practiquen a mulleres con discapacidade ou de acordo con leis e políticas de planificación familiar coercitivas, así como no contexto dun conflito⁷⁰.

⁶⁵ Recollida polos instrumentos internacionais da ONU: Pacto internacional de dereitos económicos, sociais e culturais; Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade (CDPD) e a Convención sobre os dereitos do neno.

⁶⁶ Garantido polo Pacto internacional de dereitos civís e políticos e a CDPD.

⁶⁷ Presente no Pacto internacional de dereitos civís e políticos e na Convención contra a tortura e outros tratos ou penas crueis, inhumanos ou degradantes.

⁶⁸ Convención sobre a eliminación de todas as formas de discriminación contra a muller; Pacto internacional de dereitos económicos, sociais e culturais; Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade; Pacto internacional de dereitos civís e políticos.

⁶⁹ Convención contra a tortura e outros tratos ou penas crueis, inhumanos ou degradantes (ONU, 1987).

⁷⁰ Véxase ao respecto a Observación xeral núm. 28: artigo 3 do Pacto internacional de dereitos civís e políticos, relativo á igualdade de dereitos entre homes e mulleres, Nova York (NY), Comité de Dereitos Humanos das Nacións Unidas, 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10); Informe do Grupo de Traballo das Nacións Unidas sobre a cuestión da discriminación contra a muller na lexislación e na práctica ao Consello de Dereitos Humanos, Nova York (NY), Asemblea Xeral das Nacións Unidas, 2016 (A/HRC/32/44); Relator Especial sobre a Tortura e outros Tratos ou Penas Crueis, Inhumanos ou Degradantes, Juan E. Méndez, Informe ante o Consello de Dereitos Humanos, Nova York (NY), Asemblea Xeral das Nacións Unidas, 2013 (A/HRC/22/53); Observación xeral núm. 3: artigo 6: As mulleres e as nenas con discapacidade, Xenebra, Comité das Nacións Unidas sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade, 2016 (CRPD/C/GC/3); Informe do Relator Especial sobre a Tortura e outros Tratos ou Penas Crueis, Inhumanos ou

A protección das vítimas require, segundo a OMS (2022:10), que, dentro do dereito á non discriminación e á igualdade, os estados adopten medidas para evitar a imposición do aborto forzado, en particular ás mulleres e nenas de grupos que son especialmente vulnerables.

A **Declaración sobre eliminación da violencia contra a muller** (Conferencia Mundial de Dereitos Humanos de Viena, 1993) define a violencia contra as mulleres por primeira vez nun organismo internacional como un problema de dereitos humanos; no seu artigo 1, recolle explicitamente na devandita definición as violencias que nos ocupan, isto é: **a práctica da esterilización e do aborto forzados, a utilización coercitiva/forzada de anticonceptivos, o infanticidio feminino e a selección prenatal do sexo.**

A pesar de ser sinaladas hai tres décadas, a súa inclusión por parte dos estados membro das Nacións Unidas dentro das súas políticas de loita contra a VCM foi moi desigual.

Pola súa banda, o Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais do Consello Económico e Social das Nacións Unidas (2016), na **Observación xeral núm. 22 relativa ao dereito á saúde sexual e reprodutiva** (artigo 12 do Pacto internacional de dereitos económicos, sociais e culturais, sinala que **a saúde e os dereitos sexuais e reprodutivos son dereitos humanos.**

Non só forman parte integrante do dereito á saúde, senón que **son necesarios para o gozo de moitos outros dereitos humanos**, incluídos os dereitos á vida, á liberdade de tortura e malos tratos, á liberdade de discriminación, ao recoñecemento igualitario ante a lei, ao respecto pola vida familiar, á educación e ao traballo. Polo tanto, son **universais e inalienables, indivisibles, interdependentes e interrelacionados.** Os estados deben garantir a dispoñibilidade, accesibilidade, aceptabilidade e calidade das instalacións, bens, información e servizos relacionados coa saúde e os dereitos sexuais e reprodutivos.

Pola súa banda, o Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller (CEDAW, 2017) na **Recomendación xeral núm. 35 sobre a violencia por razón de xénero contra a muller**, sinala —especificamente— que:

Degradantes, Informe ante o Consello de Dereitos Humanos, Nacións Unidas, 2008 (A/HRC/7/3); Relator Especial sobre o dereito de toda persoa ao gozar do máis alto nivel posible de saúde física e mental, Informe á Asemblea Xeral, Nacións Unidas, 2009 (A/64/272).

As violacións da saúde e os dereitos sexuais e reprodutivos da muller, como a esterilización forzada, o aborto forzado, o embarazo forzado, a tipificación como delito do aborto, a denegación ou a postergación do aborto sen risco e a atención posterior ao aborto, a continuación forzada do embarazo e o abuso e os malos tratos das mulleres e as nenas que buscan información sobre saúde, bens e servizos sexuais e reprodutivos, **son formas de violencia por razón de xénero** que, segundo as circunstancias, poden constituír tortura ou trato cruel, inhumano ou degradante (apartado 18. Énfase agregada).

Dentro da VR hai que sinalar que **os abortos selectivos como práctica de selección do sexo** tamén son considerados como unha vulneración dos dereitos humanos. Así se puxo de manifesto durante a Conferencia Internacional sobre Poboación e Desenvolvemento de Nacións Unidas no Cairo (1994), e a iso alude especificamente a Declaración interaxencial das Nacións Unidas (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Mulleres e OMS) do ano 2011, *Prevención da selección de sexo con nesgo de xénero*. No contexto europeo, hai que sinalar que este tema tivo especial importancia (véxase a epígrafe seguinte).

Todos estes mandatos internacionais deben ser aplicados tomando en consideración, ademais, **os Obxectivos de Desenvolvemento Sostible da Axenda 2030** e, máis concretamente, o Obxectivo núm. 3 (Saúde e benestar), o Obxectivo núm. 5 (Igualdade de xénero) e o Obxectivo núm. 10 (Redución das desigualdades) desde o dobre enfoque do xénero e da discapacidade.

6.1.2. Contexto europeo

O AEAFF vén recollido como unha das formas de expresión de violencia **contra as mulleres** no Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica (2011). O coñecido como **Convenio de Istambul** foi ratificado por España e está en vigor desde o 1 de agosto de 2014.

O Convenio de Istambul é o primeiro instrumento de carácter vinculante no ámbito europeo en materia de violencia contra a muller e violencia doméstica e é o tratado internacional máis amplo ao respecto. Xunto con el, cóntase co coñecido como Convenio de Varsovia, o Convenio do Consello de Europa sobre a loita contra a trata de seres humanos (Convenio núm. 197 do Consello de Europa), feito en Varsovia o 16 de maio de 2005

O aborto forzado e a esterilización forzosas son delitos recollidos no artigo 39 do Convenio:

Artigo 39. Aborto e esterilización forzosos

As partes adoptarán as medidas legislativas ou doutro tipo necesarias para tipificar como delito, cando se cometa de modo intencionado:

- a) A práctica dun aborto a unha muller sen o seu consentimento previo e informado.
- b) O feito de practicar unha intervención cirúrxica que teña por obxecto ou por resultado poñer fin á capacidade dunha muller de reproducirse de modo natural sen o seu consentimento previo e informado ou sen o seu entendemento do procedemento.

A esterilización forzosa aínda é legal en 13 países da Unión Europea⁷¹, polo que se está promovendo unha iniciativa legislativa ao respecto a partir da Resolución do Parlamento Europeo, do 13 de decembro de 2022, cara á igualdade de dereitos das persoas con discapacidade (2022/2026(INI))⁷².

En canto á **selección prenatal do sexo**, a Asemblea Parlamentaria do Consello de Europa na súa Resolución de 2010 condenou esta práctica como fenómeno de desigualdade de xénero que reforza un clima de violencia contra as mulleres.

No devandito documento analizouse a situación en varios países europeos e considerouse que o instrumento europeo que regula esta situación é a Convención europea para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano en relación coa aplicación da bioloxía e da medicina de 1997, tamén coñecido como o Convenio de Oviedo, ratificado por España en 1999⁷³.

O Parlamento Europeo (2016) na súa resolución titulada *Xenericidio: onde están as mulleres que faltan?*, destaca que o *xenericidio*⁷⁴ **é un delito e unha grave violación dos dereitos humanos** que require medios eficaces para combater e eliminar todas as causas profundas que conducen á cultura patriarcal; considera esa presión sobre as mulleres unha forma de violencia física ou psicolóxica polo Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia

⁷¹ Portugal, Finlandia, Bulgaria, Croacia, Malta, República Checa, Chipre, Dinamarca, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania e Eslovaquia.

⁷² European Parliament resolution of 13 December 2022 towards equal rights for persons with disabilities (2022/2026(INI)). Acceso

⁷³ Artigo 14: Non selección de sexo. Non se admitirá a utilización de técnicas de asistencia médica á procreación para elixir o sexo da persoa que vai nacer, salvo nos casos nos que sexa preciso para evitar unha enfermidade hereditaria grave vinculada ao sexo.

⁷⁴ O Parlamento Europeo usa «xenericidio» como un termo neutral desde o punto de vista do sexo que se refire ao homicidio selectivo a grande escala, de forma sistemática e deliberada, de persoas (homes ou mulleres) que pertencen a un sexo determinado, e que se trata dun problema crecente pero pouco denunciado nalgúns países, con consecuencias mortais e na resolución mencionada estuda especificamente as causas, as tendencias, as consecuencias e os métodos para combater as prácticas de selección en función do sexo, que poden adoptar tamén as formas de infanticidio e de violencia por razón de sexo.

doméstica e pola Declaración e a Plataforma de Beijing; e insta os gobernos a reaccionar ante este fenómeno.

Finalmente, tamén no ámbito europeo é necesario aludir á **Resolución do Parlamento Europeo, do 24 de xuño de 2021, sobre a situación da saúde e os dereitos sexuais e reprodutivos na Unión**, no marco da saúde das mulleres, xa que alude á erradicación do AEAF.

A resolución parte da descrición do marco de situación nos países europeos que é preocupante (o *Informe sobre a situación da saúde e os dereitos sexuais e reprodutivos na Unión, no marco da saúde das mulleres 2021*)⁷⁵, onde se sinala o **impacto negativo que a covid-19** tivo nos sistemas de atención á saúde sexual e reprodutiva das mulleres.

Entre outras cuestións, **índice na ausencia de datos estatísticos** e na preocupación polas **barreiras engadidas, discriminación interseccional e violencia** no acceso á asistencia sanitaria que afrontan «persoas e grupos marxinados, incluídas as minorías étnicas ou relixiosas, os migrantes, as persoas procedentes de contextos socioeconómicos desfavorecidos, as persoas sen seguro de enfermidade, as persoas que viven en zonas rurais, as persoas con discapacidade, as persoas LGBTIQ, as vítimas de violencia etc.». Iso como consecuencia «de leis e políticas que permiten prácticas coercitivas en materia de saúde sexual e reprodutiva e de que non se garanten axustes razoables en materia de acceso a atención e información de calidade».

O punto 1 da resolución refírese á **non discriminación**⁷⁶ e á **responsabilidade dos estados membros de que salvagarden o dereito de todas as persoas**, para que poidan «tomar as súas propias decisións con coñecemento de causa en relación coa saúde e os dereitos sexuais e reprodutivos, que garantan o dereito á integridade física e á autonomía persoal, á igualdade e á non discriminación e que faciliten os medios necesarios para que toda persoa poida gozar da saúde e dos dereitos sexuais e reprodutivos».

Recalca a saúde reprodutiva e sexual como un compoñente esencial da boa saúde e pídelles aos estados membros uns **servizos sanitarios de calidade e accesibles** no seu punto 9, menciona expresamente o acceso aos devanditos servizos ás mulleres con

⁷⁵ Da Comisión de Dereitos das Mulleres e Igualdade de Xénero (2021). V. blb.

⁷⁶ O punto 1 refírese á idade, sexo, xénero, raza, orixe étnica, clase, casta, relixión ou crenzas, estado civil ou status socioeconómico, discapacidade, situación en canto ao VIH (ou ás ITS), orixe nacional ou social, situación xurídica ou migratoria, lingua, orientación sexual ou identidade de xénero.

discapacidade, vítimas de violencia sexual e de xénero. Así mesmo, incide en que o **consentimento** previo debe darse en todas as intervencións médicas relacionadas coa saúde e cos dereitos sexuais e reprodutivos.

No punto 17 da resolución faise alusión explícita ás mulleres con discapacidade, onde «manifesta a súa profunda preocupación polo feito de que as mulleres e nenas con discapacidade se vexan con demasiada frecuencia **privadas do acceso a instalacións de saúde sexual e reprodutiva e do consentimento informado sobre o uso de anticonceptivos e mesmo se enfronten ao risco de esterilización forzada**; lles pide aos estados membros que apliquen medidas lexislativas para protexer a integridade física, a liberdade de elección e a autodeterminación en relación coa vida sexual e reprodutiva das persoas con discapacidade» (énfase agregada).

Por último, hai que aludir á proposta de **Directiva do Parlamento Europeo e do Consello sobre a loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica** (COM/2022/105 final) do ano 2022, que abarca nas súas formulacións (entre outras moitas formas de violencia) o aborto forzado e a esterilización forzada (parágrafo 4).

A VR é mencionada de maneira explícita, en relación cos servizos de apoio especializados para prestar apoio que deben existir (parágrafo 46).

Respecto desta proposta, avogando polo tratamento holístico da violencia, o Lobby Europeo de Mulleres sinalou a importancia de considerar dentro da noción de «**aborto forzado**» a denegación de atención segura e legal do aborto e a esterilización forzada como violación dos dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres, así como os matrimonios forzados. Así se recolle no *Estudo sobre a proposta de directiva —COM (2022) 105 final— da Comisión Europea sobre violencia contra as mulleres* (Freixes, 2022).

De feito, no estudo do proceso de transposición **da devandita directiva á lexislación española**, tivéronse en conta as recomendacións do Consello Económico e Social que promove incluír na norma o que se denomina como «**violencia xinecolóxica e obstétrica**» e **tamén a xestación subrogada**, aínda que esta normativa está nun proceso de transformación.

6.2. Dereitos das mulleres con discapacidade

Merece unha especial atención a normativa internacional de referencia que protexe as mulleres con discapacidade, pois son as principais afectadas polo AEAF.

O marco fundamental de dereitos é a **Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade** das Nacións Unidas (2006) que entrou en vigor en España en 2008. Fai unha referencia explícita á discriminación múltiple das mulleres e nenas con discapacidade, a través do artigo 6 e outras disposicións⁷⁷.

O articulado garda directa ou indirecta relación coa protección e promoción dos seus dereitos sexuais e reprodutivos. Se as mulleres con discapacidade non son recoñecidas como persoas iguais ante a lei e non teñen o dereito ao exercicio da capacidade xurídica⁷⁸, dificilmente poderán ter o exercicio dos demais dereitos humanos e liberdades fundamentais. En concreto, o artigo 16, Protección contra a explotación, a violencia e o abuso, alude á protección tanto no seo do fogar como fóra del e sinala a necesidade de que existan formas adecuadas de asistencia e apoio que teñan en conta o xénero e a idade para as persoas con discapacidade e os seus familiares e cuidadores.

Ademais, os dereitos das mulleres con discapacidade tamén están recoñecidos na **CEDAW** que, no seu artigo 12, sinala que os estados parte adoptarán todas as medidas apropiadas para eliminar a discriminación contra a muller na esfera da atención médica co fin de asegurar, en condicións de igualdade entre homes e mulleres, o acceso a servizos de atención médica, inclusive os que se refiren á planificación da familia.

Pola súa banda, a **Observación xeral núm. 3 do Comité dos Dereitos das Persoas con Discapacidade** das Nacións Unidas no 2016 identificou tres áreas principais de preocupación respecto da protección dos dereitos humanos das mulleres con discapacidade: 1, violencia; 2, saúde e dereitos sexuais e reprodutivos; 3, discriminación.

O Comité destacou a persistencia da violencia contra as mulleres e nenas con discapacidade, incluídas a violencia sexual e o abuso, a esterilización forzada, a

⁷⁷ O artigo 6 fai referencia directa ás mulleres con discapacidade ao sinalar a necesidade de que os estados recoñezan que as mulleres e nenas con discapacidade están suxeitas a múltiples formas de discriminación, polo que deberán adoptar medidas para asegurar que poidan gozar plenamente e en igualdade de condicións de todos os dereitos humanos e liberdades fundamentais. Outras disposicións relacionadas son o artigo 12, relativo ao igual recoñecemento como persoa ante a lei; o artigo 16, que se refire á protección contra a explotación, a violencia e o abuso; e nos artigos 23 e 25, respecto do fogar e a familia e da saúde, respectivamente.

⁷⁸ A Lei 8/2021, do 2 de xuño, pola que se reforma a lexislación civil e procesual para o apoio ás persoas con discapacidade no exercicio da súa capacidade xurídica, supuxo que España 15 anos despois da convención cumpra co artigo 12, poñendo o foco na vontade da persoa.

Imponse así o cambio dun sistema como o ata o de agora vixente no noso ordenamento xurídico, no que predomina a substitución na toma das decisións que lles afectan ás persoas con discapacidade, por outro baseado no respecto á vontade e ás preferencias da persoa, a cal, como regra xeral, será a encargada de tomar as súas propias decisións. Isto é fundamental á hora de analizar a relación entre a esterilización e a incapacitación xudicial.

mutilación xenital feminina e a explotación sexual e económica. Sinalouse que as súas decisións son substituídas polas adoptadas por terceiras persoas que inclúen os representantes legais, provedores de servizos, titores e familiares, vulnerando así os seus dereitos de acordo co artigo 12 da CRPD.

Todas as mulleres con discapacidade deben poder exercer a súa capacidade xurídica de forma autónoma, adoptando as súas propias decisións, con apoios se así se desexa, sobre os tratamentos médicos e/ou terapéuticos. Restringir ou retirar a capacidade xurídica pode facilitar certas intervencións, como é a esterilización forzosa; consecuentemente, é fundamental recoñecer a capacidade xurídica das mulleres con discapacidade en igualdade de condicións coas demais persoas, así como o dereito para fundar unha familia e acceder de maneira habitual aos servizos de apoio á familia.

Esta perspectiva foi ademais evidenciada polo informe da **Relatoría Especial da ONU sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade** abordando saúde e dereitos sexuais e reprodutivos de nenas e mulleres novas con discapacidade (2017). O *Informe da Relatoría Especial sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade* (2017) destaca que as mulleres se enfrontan a importantes desafíos á vez que toman decisións autónomas con respecto á súa saúde reprodutiva e sexual, e están expostas regularmente á violencia, ao abuso e a prácticas nocivas, incluídas a esterilización forzada, o aborto forzado e a anticoncepción forzada. Lembra que os estados teñen a obriga de investir na saúde sexual e reprodutiva e nos dereitos das nenas e das mulleres novas con discapacidade, e de poñer fin a todas as formas de violencia contra elas.

Pola súa banda, a **Resolución do Parlamento Europeo, do 30 de novembro de 2017**, sobre a aplicación da Estratexia europea sobre discapacidade (2017/2127(INI) «recoñece que as mulleres con discapacidade, especialmente de carácter intelectual, están máis expostas á violencia de xénero, o acoso sexual ou outro tipo de abusos; recoñece, ademais, que a súa situación de dependencia pode impedirles identificar ou denunciar o abuso; destaca a necesidade de seguir atendendo á aplicación da Estratexia europea sobre discapacidade, que prevé a adopción de medidas preventivas orientadas a evitar todo tipo de abusos e prestar un apoio de alta calidade, accesible e adaptado ás vítimas de violencia».

Finalmente, cómpre citar o **Ditame do Comité Económico e Social Europeo** sobre a situación das mulleres con discapacidade, de carácter exploratorio, solicitado polo Parlamento Europeo (3 de abril do 2018, 2018/C 367/04), que menciona como observación específica a saúde e dereitos sexuais e reprodutivos, incluído o respecto do fogar e da familia.

6.3. Marco normativo español

6.3.1. Normativa estatal

España ratificou todos os tratados clave en materia de dereitos humanos, dereitos das mulleres e dereitos das persoas con discapacidade. Forman parte do noso acervo legal⁷⁹ e establecen a obriga de actuar coa debida dilixencia fronte a todas as formas de violencia contra as mulleres.

Respecto das [referencias con respecto ao AEAF](#), é necesario partir de novo do **Convenio de Istambul**, que foi ratificado por España no ano 2014 e está en vigor desde entón. O seu **artigo 39** refírese especificamente ao aborto e á esterilización forzados (foron explicados no punto anterior).

De forma non explícita, o AEAF pode incluírse —como un ámbito do dano— dentro da violencia no ámbito da parella/exparella (se o home perpetrador é esta figura) na **Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero**. Como xa se sinalou, este é un enfoque reduccionista da tipoloxía específica da violencia reprodutiva.

Xunto co Convenio de Istambul, no marco estatal, o AEAF recóllese fundamentalmente na **Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo** (LOSSRIVE) e, sobre todo, grazas á **Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo**.

A Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo, considera **violencia no ámbito reprodutivo** «todo acto baseado na discriminación por motivos de xénero que atente contra a integridade ou a libre elección das mulleres no ámbito da saúde sexual e reprodutiva, a súa libre decisión sobre a maternidade, o seu espazamento e oportunidade» (artigo 2.7).

A norma **engade de forma explícita o AEAF** como formas de violencia dentro das definicións legais (artigo 2) e incorpora un título III de protección e garantía dos dereitos sexuais e

⁷⁹ Dado a especificidade da materia que nos ocupa, non entramos neste apartado para desenvolver o marco normativo no Estado español sobre a VCM en todas as súas dimensións. Pódese consultar, por exemplo, a EEVM 2022-2025 que compila o devandito marco e as actualizacións en detalle na Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero. Acceso

reprodutivos, onde no seu capítulo III de medidas de prevención e resposta fronte a formas de violencia contra as mulleres no ámbito da saúde sexual e reprodutiva, incorpora o artigo 31 sobre a actuación das administracións públicas, que deberán detectar e previr esa violencia. Isto é:

Artigo 2. Definicións

(...)

8. Esterilización forzosa: forma de violencia contra as mulleres no ámbito reprodutivo que consiste na práctica dunha intervención cirúrxica que teña por obxecto ou por resultado poñerlle fin á capacidade dunha muller de reproducirse de modo natural sen o seu consentimento previo e informado ou sen o seu entendemento do procedemento.

9. Anticoncepción forzosa: forma de violencia contra as mulleres no ámbito reprodutivo que consiste na intervención médica por calquera vía, tamén medicamentosa, que teña análogas consecuencias á esterilización forzosa.

10. Aborto forzoso: forma de violencia contra as mulleres no ámbito reprodutivo que consiste na práctica dun aborto a unha muller sen o seu consentimento previo e informado, fóra dos casos aos que se refire o artigo 9.2.b) da Lei 41/2002, do 14 novembro.

Artigo 31. Actuación fronte ao aborto forzoso e a esterilización e anticoncepción forzosas

1. Os poderes públicos velarán por evitar as actuacións que permitan os casos de aborto forzoso, anticoncepción e esterilización forzosas, con especial atención ás mulleres con discapacidade.

2. As administracións públicas, no ámbito das súas competencias, promoverán programas de saúde sexual e reprodutiva dirixidos a mulleres con discapacidade, que inclúan medidas de prevención e detección das formas de violencia reprodutiva referidas neste artigo, para o que se procurará a formación específica necesaria para a especialización profesional.

Ademais, a LOSSRIVE no seu artigo 2 orienta os poderes públicos sobre a noción de saúde **que debe garantirse á cidadanía no referente aos DSR:**

- **Saúde sexual:** o estado xeral de benestar físico, mental e social, que require un **contorno libre de coerción, discriminación e violencia** e non a mera ausencia de enfermidade ou doenza, en todos os aspectos relacionados coa sexualidade das persoas.
- **Saúde reprodutiva:** o estado xeral de benestar físico, mental e social, e non a mera ausencia de enfermidade ou doenza, en todos os aspectos relacionados coa reprodución.

Para ambos os casos, o artigo 2 considera que se trata tamén dun «**enfoque integral** para analizar e responder as necesidades da poboación, así como para garantir **o dereito á saúde e aos dereitos reprodutivos**». Polo tanto, permitiría abarcar a acción sobre a VR en todas as súas formas.

Esta orientación vese reforzada no capítulo II, Protección e garantía dos dereitos sexuais e reprodutivos no ámbito xinecolóxico e obstétrico (artigos 26-30), que abrangue os principios de actuación, investigación e recollida de datos, formación e elaboración de protocolos.

Pola súa banda, a **Lei orgánica 10/2022, do 6 de setembro, de garantía da liberdade sexual**, fai referencia á inclusión no artigo 32. O dereito á asistencia integral especializada e accesible, á asistencia persoal, como un recurso dispoñible para as mulleres con discapacidade co obxectivo de fortalecer a súa autonomía ante todas as actuacións xudiciais, as medidas de protección e de apoio e os servizos para as vítimas. É importante volver incidir en que son as mulleres con discapacidade as principais vítimas da VR na súa tipoloxía AEAF.

Desde o enfoque penal, a **Lei orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do Código penal**, recolle varias das VR ás que nos referimos.

No **noso Código penal**, o **aborto non consentido** recóllese explicitamente xunto a outros delitos contra a liberdade, de torturas e contra a integridade moral, a liberdade e indemnidade sexuais, en concreto no seu título II, Do aborto. No devandito título invalida o consentimento obtido «mediante violencia, ameaza ou engano» e toma en conta os abortos non seguros:

Artigo 144

O que produza o aborto dunha muller, sen o seu consentimento, será castigado coa pena de prisión de catro a oito anos e a inhabilitación especial para exercer calquera profesión sanitaria, ou para prestar servizos de toda índole en clínicas, establecementos ou consultorios xinecolóxicos, públicos ou privados, por un tempo de tres a dez anos.

As mesmas penas se lle impondrán ao que practique o aborto obtendo a anuencia da muller mediante violencia, ameaza ou engano.

Artigo 145 bis

1. Será castigado coa pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servizos de toda índole en clínicas, establecementos ou consultorios xinecolóxicos, públicos ou privados, por un tempo de seis meses a dous anos, o que, dentro dos casos establecidos na lei, practique un aborto:

- a) Sen contar cos ditames previos preceptivos.

- b) Fóra dun centro ou establecemento público ou privado acreditado. Neste caso, o xuíz poderá impoñer a pena na súa metade superior.
2. En todo caso, o xuíz ou tribunal impoñerá as penas previstas neste artigo na súa metade superior cando o aborto se practicase a partir da vixésimo segunda semana de xestación.
 3. A embarazada non será penada a teor deste precepto.

Con respecto á esterilización, hai que sinalar que, en España, a **esterilización forzada** sobre **mulleres con discapacidade** foi legal ata decembro de 2020, momento no que se prohibiu finalmente a través da **Lei orgánica 2/2020, do 16 de decembro, de modificación do Código penal para a erradicación da esterilización forzada ou non consentida de persoas con discapacidade incapacitadas xudicialmente**⁸⁰.

Antes deste cambio lexislativo estaban permitidas esas esterilizacións en función do artigo orixinal 156 da Lei orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do Código penal; xa que se podían producir tras unha incapacitación xudicial. Na actualidade, ningún xuíz ou xuíza pode autorizar a esterilización forzada en mulleres con discapacidade; porén, no camiño quedaron moitas vítimas.

A vixente Lei orgánica 2/2020 conta cun artigo único para suprimir o parágrafo referido e foi un fito histórico no que o movemento organizado das mulleres con discapacidade incidiu durante anos para que o noso país fose en consonancia coa Convención das Nacións Unidas.

Respecto do **aborto selectivo como práctica de selección do sexo** do bebé, a asociación desta práctica coa VR non figura explicitamente no noso marco normativo, pero é conveniente lembrar que pode situarse no artigo 2.7., como parte da definición de violencia reprodutiva, da Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo.

É necesario sinalar que o noso país ratificou en 1999 a xa mencionada **Convención europea para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano en relación coa aplicación da bioloxía e a medicina** (Oviedo, 1997). O caso de España cítase no referido ao grupo de países entre os que o diagnóstico xenético preimplantacional é legal e a selección de sexo só se permite por razóns médicas. Na Lei 14/2006, do 26 de maio, de reprodución humana asistida, e pola cal a selección do

⁸⁰ BOE núm. 328, do 17 de decembro de 2020, páxinas 115646 a 115649. Acceso

sexo ou a manipulación xenética con fins non terapéuticos ou terapéuticos non autorizados se considera unha infracción moi grave.

Finalmente, respecto doutras **mulleres en situación de especial vulnerabilidade** ante a violencia reprodutiva, existirían diferentes instrumentos de protección baixo a noción de VCM.

As vítimas de MXF, as mulleres en situación de prostitución e as mulleres vítimas de trata con fins de explotación sexual contan con ferramentas de protección específicas⁸¹ (véxase ao respecto o xa mencionado estudo da FEMP, 2023) sobre as que poden mellorarse os indicadores relativos ao AEAF (e a xestación subrogada).

En canto ao caso concreto das **mulleres migrantes, refuxiadas e solicitantes de protección internacional**, a súa protección ante as violencias machistas é, en xeral, insuficiente.

A lexislación de estranxeiría contén dúas previsións concretas para protexer as mulleres estranxeiras que sofren violencia de xénero⁸², ademais das que resultan da protección ante o delito de trata de persoas.

A lexislación de estranxeiría contén dúas previsións concretas para protexer as mulleres estranxeiras que sofren VX. As mulleres que chegan a España nun proceso de reunificación familiar obteñen un permiso de residencia dependente do seu cónxuxe, que condiciona a súa renovación a que o vínculo matrimonial se manteña. Fronte a situacións de violencia de xénero, a Lei orgánica 4/2000 no artigo 19.2 e o Real decreto 557/2011 (regulamento de aplicación da Lei de estranxeiría) no seu artigo 59.2, en relación co reagrupamento familiar permítelle á muller reagrupada acceder a unha autorización independente no caso de que se dite unha orde de protección.

⁸¹A Lei orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do Código penal establece a tipificación do delito de mutilación xenital no artigo 149.2 CP (véxase a normativa e protocolos especializados na web de DGVX). Pola súa banda, a tipificación do delito de trata de seres humanos atópase no artigo 177 bis (véxase a normativa e protocolos especializados na web de DGVX).

⁸² As mulleres que chegan a España nun proceso de reunificación familiar obteñen un permiso de residencia dependente do seu cónxuxe, que condiciona a súa renovación a que o vínculo matrimonial se manteña. Fronte a situacións de violencia de xénero, a Lei orgánica 4/2000 no artigo 19.2 e o Real decreto 557/2011 (regulamento de aplicación da Lei de estranxeiría) no seu artigo 59.2, en relación co reagrupamento familiar permítelle á muller reagrupada acceder a unha autorización independente no caso de que se dite unha orde de protección. En segundo lugar, prevense autorizacións de residencia e de traballo para mulleres que sofren violencia de xénero, provisional desde que se emite unha orde de protección e permanente unha vez que hai condena ao agresor. Para que as mulleres en situación administrativa irregular non se vexan disuadidas por esta circunstancia ante o temor dun inicio dun procedemento sancionador por estancia irregular, parálanse os expedientes sancionadores ao presentarse unha denuncia por violencia de xénero.

En segundo lugar, prevense autorizacións de residencia e traballo para mulleres que sofren violencia de xénero, provisionais desde que se emite unha orde de protección e permanente unha vez que hai condena ao agresor. Para que as mulleres en situación administrativa irregular non se vexan disuadidas por esta circunstancia ante o temor dun inicio dun procedemento sancionador por estancia irregular, parálanse os expedientes sancionadores ao presentarse unha denuncia por violencia de xénero ou por violencia sexual (véxase a normativa en relación coa Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero, e a Lei orgánica 10/2022, do 6 de setembro, de garantía integral da liberdade sexual).

No que se refire ás mulleres refuxiadas, o artigo 7 da **Lei 12/2009, reguladora do dereito de asilo e da protección subsidiaria**, define os motivos de persecución que dan lugar ao recoñecemento do estatuto de persoa refuxiada incluíndo **expresamente as persecucións por motivos de xénero** (tal e como se explicou no punto 4.2.2.). A este respecto, hai que sinalar que o regulamento polo que se rexe ⁸³ o Sistema de Acollida de Protección Internacional e Temporal (SAPIT) tamén **alude explicitamente á violencia contra as mulleres**:

- no recoñecemento á vulnerabilidade⁸⁴ (art. 2),
- nos principios xerais de actuación⁸⁵ (art. 6),
- no itinerario de acollida (art. 11)⁸⁶,

⁸³ Real decreto 220/2022, do 29 de marzo, polo que se aproba o regulamento polo que se regula o sistema de acollida en materia de protección internacional (BOE. núm. 76, do 30/03/2022).

⁸⁴ Entre outras, inclúense persoas menores de idade, persoas de idade avanzada, persoas con discapacidade, persoas con enfermidades graves, mulleres embarazadas, nais ou pais sós con fillos ou fillas menores de idade, vítimas de trata de seres humanos, vítimas de calquera manifestación de violencia contra as mulleres, persoas pertencentes a grupos étnicos ou nacionais obxecto de discriminación, persoas con problemas de saúde mental, persoas LGTBI+ ou outras persoas que sufrisen torturas, violacións ou calquera forma grave de violencia psicolóxica, física ou sexual, que son distintas das torturas.

⁸⁵ Artigo 6.c): Incorporar o enfoque de dereitos humanos, de xénero e de interseccionalidade en todos os programas, medidas e actuacións que se levan a cabo, o que inclúe o recoñecemento da discriminación e a violencia que afecta especificamente as mulleres e a prevención e atención ás violacións dos dereitos humanos das persoas LGTBI+ e das persoas pola súa orixe nacional ou étnica.

⁸⁶ Referente á proposta de derivación a prazas para persoas en situación de vulnerabilidade, a outros recursos ou centros non incluídos no sistema de acollida. Sinálase que «coa finalidade de garantir a efectiva atención e protección nos supostos arriba indicados e, en particular, nos casos de persoas vítimas de trata de seres humanos, de calquera manifestación de violencia contra as mulleres, ou que padecesen torturas, violacións ou outras formas graves de violencia psicolóxica, física ou sexual, serán de aplicación os protocolos e mecanismos de coordinación interinstitucional e derivación que para o efecto se establezan».

- no dereito a «recibir unha atención integral para a recuperación da violencia que, de ser o caso, sufrise con anterioridade ou no contexto do desprazamento» (art. 12),
- nos principios reitores (art. 26), que sinalan (f) «a prevención do acoso e dos actos de violencia de xénero, incluída a violencia e o acoso sexuais»,
- nas características dos centros de acollida de protección internacional (art. 29), que deben contar con puntos focais de «prevención, detección e coordinación de actuacións» de VCM e protocolos de actuación,
- na formación do persoal do sistema (art.30).

A aplicación práctica do regulamento no sistema supoñerá unha mellora para garantir a perspectiva de xénero e a protección ás mulleres que contan con protección internacional en España.

En xeral, pódese prever que a protección ás vítimas de AEAF será asimilable á que existe en materia de VX, é dicir, que o modelo actual se fará extensible a todas as formas de violencia contra todas as mulleres que se recollan no marco institucional de loita contra a VCM. Iso reflíctese nos esforzos institucionais por desenvolver plenamente o Convenio de Istambul e a extensión de servizos que se recolle no Catálogo de referencia de políticas e servizos en materia de violencia contra as mulleres conforme aos estándares internacionais de dereitos humanos aprobado pola Conferencia Sectorial de Igualdade, na súa reunión plenaria realizada o 22 de xullo de 2022 en Tenerife.

6.3.2. Referencias autonómicas

En canto á situación do AEAF nas distintas comunidades autónomas, pódense apreciar catro tipo de situación: normativas nas que o aborto e a esterilización forzada están presentes; leis nas que hai alusións máis ou menos xerais á SSR das mulleres; referencias amplas á noción de VCM; e normas cun ámbito conceptual da violencia de xénero moi limitado ou circunscrito á VX.

Andalucía, Cataluña, Comunidade Valenciana, A Ríoxa e as Illas Canarias son CCAA que **nomean expresamente** a esterilización forzada (e en ocasións o aborto forzado) como unha forma de violencia de xénero:

- En **Andalucía**, a Lei 13/2007, do 26 de novembro, de medidas de prevención e protección integral contra a violencia de xénero, no artigo 3 recolle entre os tipos de violencia:

f) A violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres, entendida como actuacións que restrinxan o libre exercicio do seu dereito á saúde sexual ou reprodutiva, que neguen a súa liberdade de gozar dunha vida sexual plena e sen riscos para a súa saúde, o dereito a decidir, o dereito a exercer a súa maternidade e o **dereito a non sufrir esterilizacións forzadas**.

- En **Cataluña**, a Lei 5/2008, do 24 de abril, do dereito das mulleres a erradicar a violencia machista, no seu artigo 5 relacionado cos ámbitos de violencia machista establece:

f) Violencia derivada de conflitos armados: inclúe todas as formas de violencia contra as mulleres que se producen nestas situacións, como, por exemplo, o asasinato, a violación, a escravitude sexual, o embarazo forzado, o aborto forzado, a **esterilización forzada**, a infección intencionada de enfermidades, a tortura ou os abusos sexuais.

g) Violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres, como, por exemplo, os abortos selectivos e as esterilizacións forzadas.

- A Lei 7/2012, do 23 de novembro, integral contra a violencia sobre a muller no ámbito da **Comunidade Valenciana**, no seu artigo 3, punto 8 menciónao expresamente:

3.8. **Aborto e esterilización forzosa:** a práctica dun aborto sen o seu consentimento libre, previo e informado, e da esterilización ou intervención cirúrxica que teña por obxecto ou resultado poñerlle fin á capacidade dunha muller de reproducirse de maneira natural, sen o seu consentimento previo e informado ou sen o seu entendemento do procedemento.

- Pola súa banda, a Lei 11/2022, do 20 de setembro, contra a violencia de xénero da **Rioxa**, no seu artigo 5, punto 2.f) di sobre as formas e manifestacións da violencia de xénero:

5.2.f) A violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres e nenas, entendida como actuacións que restrinxan o libre exercicio do seu dereito á saúde sexual ou reprodutiva, que neguen a súa liberdade de gozar dunha vida sexual plena e sen riscos para a súa saúde, o dereito a decidir, o dereito a exercer a súa maternidade e o dereito a non sufrir **esterilizacións forzadas**.

- Nas **Illas Canarias**, a Lei 1/2017, do 17 de marzo, de modificación da Lei 16/2003, do 8 de abril, de prevención e protección integral das mulleres contra a violencia de xénero, di no seu artigo 3.2. en relación coas formas de violencia de xénero:

3.2. f) Violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres: entenderase por tales a práctica dun **aborto a unha muller sen o seu consentimento** previo e informado, así como o feito de practicar unha intervención cirúrxica que teña por obxecto **poñerlle fin á capacidade** dunha muller de reproducirse de forma natural sen o seu consentimento previo e informado ou sen o seu entendemento do procedemento.

Outras CCAA, aínda que non mencionan especificamente o AEAF, si recollen na súa normativa **referencias ao ámbito reprodutivo** en xeral:

- En **Aragón, Cantabria, Castela-A Mancha e País Vasco**, as súas respectivas normativas recollen de maneira xenérica a «violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres».

En **Aragón**, a Lei 4/2007, do 22 de marzo, de prevención e protección integral ás mulleres vítimas de violencia en Aragón, no artigo 2 menciona a violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos. En **Cantabria**, a Lei 1/2004, do 1 de abril, integral para a prevención da violencia contra as mulleres e a protección ás súas vítimas, sinalao no artigo 3. A Lei 4/2018, do 8 de outubro, para unha sociedade libre de violencia de xénero en **Castela-A Mancha**, no seu artigo 4 recoñece manifestacións da violencia que están relacionadas coa violencia reprodutiva.

No **País Vasco**, na Lei 4/2005, do 18 de febreiro, para a igualdade de mulleres e homes, modificada pola Lei 1/2022, do 3 de marzo, de segunda modificación da Lei para a igualdade de mulleres e homes, recóllese, ademais, a violencia obstétrica (no artigo 50.3):

Constitúen violencia machista contra as mulleres (...) **a obstétrica, a vulneración dos dereitos sexuais e reprodutivos, así como calquera outra forma de violencia que lesione ou sexa susceptible de lesionar a dignidade, a integridade ou a liberdade das mulleres e nenas que estea prevista nos tratados internacionais, no Código penal español ou na normativa estatal ou autonómica (...).**

- No caso das **Illas Baleares**, esta comunidade autónoma non inclúe a VR entre as súas definicións no ámbito da Lei 11/2016, do 28 de xullo, de igualdade de mulleres e homes, pero si recoñece entre os seus principios xerais os DSR:

Recoñecemento da maternidade libre e decidida e dos dereitos sexuais reprodutivos, co fin de evitar efectos negativos e obstáculos no desenvolvemento das liberdades das mulleres (art. 3.e) e o recoñecemento do dereito das mulleres ao propio corpo e aos dereitos sexuais e reprodutivos (art. 3.t).

En canto a **Castela e León, Galicia, Navarra e Murcia**, a VR poderíase incluír na mención xenérica «calquera outra forma de violencia» (ou denominación similar) que aparece no seu articulado e respecto do «menoscabo das saúde» das mulleres:

- Na Lei 13/2010, do 9 de decembro, contra a violencia de xénero en Castela e León, no artigo 2; na Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero, no artigo 3; no caso da Rexión de Murcia na Lei 7/2007, do 4 de abril, para a igualdade entre mulleres e homes, e de protección contra a violencia de xénero, no artigo 40.1; en Navarra, a Lei foral 14/2015, do 10 de abril, para actuar contra a violencia cara ás mulleres, no artigo 3.h). Na Lei 5/2005 contra a violencia de xénero da Comunidade de Madrid no seu artigo 2 respecto do ámbito de aplicación
- Tanto en **Extremadura** como en **Asturias** as súas normativas non aluden á VR nas súas definicións —artigo 4 e artigo 2, respectivamente— nin tampouco terían cabida en definicións amplas da VX. Aseméllanse, polo tanto, ao concepto de violencia de xénero que establece a Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro.

No caso da Lei 8/2011, do 23 de marzo, de igualdade entre mulleres e homes e contra a violencia de xénero **en Extremadura**, hai que sinalar que se fai unha especial énfase na saúde na atención ás vítimas e nas políticas de saúde (artigo 61, por exemplo) que podería contribuír á atención da VR:

Art. 61.2. Igualmente, estableceranse as medidas que garantan, no ámbito territorial da comunidade autónoma, a integridade física e psíquica das mulleres e nenas, impedindo a realización de prácticas médicas ou cirúrxicas que atenten contra esa integridade.

De forma similar, **en Asturias**, a Lei 2/2011, do 11 de marzo, para a igualdade de mulleres e homes e a erradicación da violencia de xénero, alúdese a «outras políticas públicas» na sección terceira da norma, por exemplo, no artigo 20. A

integración do principio de igualdade entre mulleres e homes na saúde, onde se alude á promoción da SSR.

O escenario autonómico mostra un escenario moi heteroxéneo, o que pode dar **resultados dispares na atención ás vítimas e xerar inequidades territoriais**. Así, e tal como o refire o informe GREVIO (2020), existen marcadas diferenzas en termos do alcance na lexislación autonómica, **a prestación de servizos e o financiamento asignado**.

6.3.2. Outras referencias institucionais

O **III Plan estratéxico para a igualdade efectiva de mulleres e homes 2022-2025** (PEIEMH) é a política pública arredor da que se quere promover a igualdade de oportunidades entre mulleres e homes en España e trata de impulsar os dereitos fundamentais das mulleres no noso país.

Dentro dos eixes nos que se desenvolve o PEIEMH, a violencia reprodutiva está **parcialmente incluída**, tanto no **seu eixe 3, Vidas libres de violencia machista**, como no **eixe 4, Un país con dereitos para todas**.

O **eixe 3 sobre violencia machista** aparece dentro da liña VM.1, Marco institucional: consolidando os marcos de obrigacións institucionais fronte ás distintas formas de violencia machista, a eliminación de intervencións xinecolóxicas e obstétricas inadecuadas ou innecesarias inclúese entre as prioridades. Tamén se fai referencia no punto VM.1.1.3. Definir e dar resposta á violencia no ámbito sexual e reprodutivo, así como ás intervencións xinecolóxicas e obstétricas inadecuadas ou innecesarias no marco da reforma da Lei Orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e interrupción do embarazo. Medidas 349, 350 e 351.

O **eixe 4, Un país con dereitos para todas**, considera, pola súa vez, a VR na liña DEM.2, Saúde, dereitos sexuais e reprodutivos: incorporando a igualdade de xénero e a voz das mulleres nas políticas públicas sanitarias, e garantindo dereitos, e, en concreto, nos puntos:

- DEM.2.2. Garantir a saúde e o exercicio efectivo dos dereitos sexuais e reprodutivos para todas as mulleres.
- DEM.2.2.1 Propoñer e aprobar a reforma da Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo para garantir o exercicio efectivo dos dereitos recoñecidos e legislar contra a violencia no ámbito sexual e reprodutivo, para a eliminación de

intervencións xinecolóxicas e obstétricas inadecuadas ou innecesarias, e contra a explotación reprodutiva, todo iso a través dun proceso participativo (medida 518).

- DEM.2.2.3. Garantir o acceso universal aos servizos de saúde sexual e reprodutiva, e especialmente a métodos anticonceptivos, á anticoncepción de urxencia e á interrupción do embarazo de todas as mulleres no Sistema Nacional de Saúde.

Xunto co PEIEMH, o marco de acción institucional sobre o AEAF ten unha dobre natureza. Por unha banda, atopamos referencias ás políticas públicas en materia de saúde sexual e reprodutiva e, por outra, á acción sobre a violencia contra as mulleres.

En relación coa primeira área, no ámbito estatal, con respecto á [atención á saúde sexual e reprodutiva](#), cóntase coa **Estratexia nacional de saúde sexual e reprodutiva (ENSRR)** (2011) cuxo responsable é o Ministerio de Sanidade. Así mesmo, cóntase coas actuacións do **Observatorio de Saúde das Mulleres** da Dirección Xeral de Saúde Pública, que traballa na elaboración de liñas de actuación comúns para a diminución das desigualdades de xénero en saúde, entre elas no ámbito da saúde sexual e reprodutiva.

A ENSRR desenvolve catro liñas estratéxicas: promoción da saúde, atención sanitaria, formación de profesionais e investigación, innovación e boas prácticas. Na ENSRR, o AEAF non aparece especificado, fóra dos «abortos e embarazos forzados» vinculados á violencia sexual e á súa abordaxe como parte dunha política de saúde sexual integral. Ponse maior énfase na relación entre a violencia de xénero e a saúde sexual e reprodutiva.

O marco conceptual da ENSRR pertence a un marco institucional con máis dunha década de diferenza con respecto á actual e os enfoques de traballo non están aliñados co Convenio de Istambul, cuxa ratificación en España é do 2014, nin coa Lei orgánica 10/2022, do 6 de setembro, de garantía integral da liberdade sexual, nin coa Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo. No Plan operativo 2019-2020 da ENSRR tampouco se fai referencia ao AEAF.

Hai que subliñar, con todo, que entre os **aspectos transversais** que recollía a ENSRR se sinala a **participación activa das mulleres** dentro do propio proceso, ademais da **acesibilidade** da información. A atención á discapacidade tamén é un deles.

Neste sentido, como parte da ENSRR tratábase de alcanzar o obxectivo de «asegurar unha atención adecuada ás mulleres con discapacidade. Ofrecer os medios estruturais e a información necesaria que permitan exercer o seu dereito para decidir libremente e de maneira responsable o número de fillos/as que desexan, o espazamento entre eles e a maneira satisfactoria de levalo a cabo», ademais de facilitar a súa participación no proceso. Dentro da ENSRR recoméndase facilitar a accesibilidade, dispoñer de protocolos axustados ás necesidades específicas das mulleres con discapacidade, fomentar a súa resiliencia e autonomía, deseñar programas específicos para estas e crear puntos de encontro con mulleres que estean ou pasasen pola súa mesma situación.

Da mesma maneira que no ámbito da *violencia de xénero* hai un marco heteroxéneo de actuación **no ámbito autonómico**, no caso concreto da saúde sexual e reprodutiva sucede o mesmo, é dicir, atopamos un panorama de acción institucional que mostra a variabilidade territorial e iso pode devir en inequidades na atención sanitaria.

Resulta especialmente relevante a situación das **mulleres con discapacidade e a atención aos DRS**, pois son as principais vítimas do AEAF. De acordo co estudo de Castellanos-Torres (2023), nas distintas autonomías daríanse catro tipo de situacións coas seguintes diferenzas respecto dos DSR das mulleres con discapacidade:

- Comunidades autónomas que teñen recollidas as **especificidades da atención á saúde sexual e reprodutiva en mulleres con discapacidade**, tales como Andalucía⁸⁷, Canarias⁸⁸, Comunidade Valenciana⁸⁹, nas súas políticas públicas.
- Comunidades autónomas que desenvolveron **marcos normativos** concretos relacionados coa maternidade e a saúde sexual e reprodutiva, tales como Aragón⁹⁰, Navarra⁹¹, Castela-A Mancha⁹² e Cataluña⁹³.
- Comunidades autónomas que desenvolveron plans/estratexias de saúde xerais, pero nos que **non hai mención expresa ás mulleres con discapacidade en materia de**

⁸⁷ Entre elas, atópase a accesibilidade das consultas xinecolóxicas.

⁸⁸ Programa de atención á saúde afectivo-sexual e reprodutiva (PASAR).

⁸⁹ Estratexia de saúde sexual e reprodutiva da Comunidade Valenciana 2017-2021.

⁹⁰ O artigo 71 da Lei 7/2018, do 28 de xuño, de igualdade de oportunidades entre mulleres e homes en Aragón, obriga os poderes da Comunidade Autónoma de Aragón á *protección da maternidade*

⁹¹ Decreto foral 103/2016, do 16 de novembro, polo que se establece a ordenación das prestacións sanitarias en materia de saúde sexual e reprodutiva.

⁹² Lei 12/2010, do 18 de novembro, de igualdade entre mulleres e homes de Castela-A Mancha.

⁹³ Carteira de servizos das unidades de atención á saúde sexual e reprodutiva de apoio á atención primaria publicada en 2007 polo Departamento de Saúde da Generalitat de Cataluña.

saúde sexual e reprodutiva, como é o caso de Asturias⁹⁴, Castela e León, Estremadura, Galicia, País Vasco⁹⁵, Baleares⁹⁶ e A Rioxa⁹⁷.

No plan Estratexias aliñadas da Rioxa 2021-2024, dirixido a profesionais para poñer en común as estratexias de saúde, menciónanse a maternidade e a sexualidade no punto 15, en relación coa formación das matronas nos protocolos consensuados de saúde sexual e reprodutiva, ademais de potenciar a educación maternal.

Unha situación mixta, no caso de Cantabria, o II Plan de actuación: saúde das mulleres (2008-2011) é un plan global de saúde das mulleres ao que se adhiren as necesidades específicas en saúde, e un dos apartados trata a saúde sexual e reprodutiva. Na área de actuación 2, relacionada coa saúde sexual, si se inclúe un obxectivo directo cara ás mulleres con discapacidade: promover o recoñecemento do dereito á sexualidade das mulleres con discapacidade. Con todo, as mulleres con discapacidade non están incluídas na accións de saúde reprodutiva.

- Comunidades autónomas que contan **con estratexias/plans específicos para persoas con discapacidade**, como é o caso da Comunidade de Madrid⁹⁸ e da Rexión de Murcia⁹⁹.

Respecto do marco institucional referente á **violencia contra as mulleres**, é necesario aludir ao **Pacto de estado en materia de violencia de xénero** (2017, prorrogado o 25 de novembro de 2022)¹⁰⁰.

⁹⁴ Estratexia de atención ao embarazo, parto, etapa neonatal e lactación materna en Asturias. Contén guías para as boas prácticas na atención ao parto normal e aos cuidados neonatais, do mesmo xeito que boas prácticas na etapa do embarazo e puerperio. Non hai ningunha mención á discapacidade.

⁹⁵ Conta co Marco estratéxico de saúde 2021-2024, no que se dedica un apartado á saúde sexual e reprodutiva que promova unha sexualidade informada e saudable, con perspectiva de xénero e respecto á diversidade.

⁹⁶ Plan de humanización no ámbito da saúde 2022-2027.

⁹⁷ Plan Estratexias aliñadas da Rioxa 2021-2024, dirixido a profesionais para poñer en común as estratexias de saúde. Menciónanse a maternidade e a sexualidade no punto 15, en relación coa formación das matronas nos protocolos consensuados de saúde sexual e reprodutiva, ademais de potenciar a educación maternal.

⁹⁸ A Estratexia madrileña de atención a persoas con discapacidade 2018-2022 na súa medida 41 establece: «Desenvolver un programa de sexualidade e discapacidade para proporcionar educación sexual, informar e prestar apoio en todos os aspectos biopsicosociais, afectivos e emocionais dos usuarios, que inclúa formación e información a familias e profesionais de todas as categorías dos centros da Axencia Madrileña de Atención Social».

⁹⁹ Plan rexional de acción rexional para persoas con discapacidade, 2003.

¹⁰⁰ O Pacto prevé ampliar as disposicións da Lei orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero e realizar unha serie de modificacións. Estas modificacións están baseadas no Convenio de Istambul e as recomendacións do seu mecanismo de seguimento GREVIO, así como na Recomendación xeral núm. 19 e Recomendación xeral núm. 35 da CEDAW e as recomendacións do Consello de Dereitos Humanos de Nacións Unidas sobre a cuestión da discriminación contra a muller na lexislación e na práctica. O cambio de normativa aínda non se levou a cabo.

Aprobado polo Pleno do Congreso de Deputados, é a referencia institucional clave de España xunto coa Estratexia estatal para combater as violencias machistas 2022-2025 (EEVM). No documento refundido do Pacto (DGVX, 2019), aparecían as referencias ao aborto e esterilización forzados no EIXE 2, Mellora da resposta institucional: coordinación, traballo en rede, dentro do punto 2.6, Xustiza, e na medida 104.3:

Os grupos parlamentarios que subscribimos este informe sinalamos a necesidade de declarar que **son tamén formas de violencia contra as mulleres**, conforme o Convenio de Istambul, a violencia física, a psicolóxica e a sexual, incluída a violación; a mutilación xenital feminina, o matrimonio forzado, o acoso sexual e o acoso por razóns de xénero, **o aborto forzado e a esterilización forzada**, mesmo nos casos en que non exista co agresor a relación requirida para a aplicación da Lei orgánica 1/2004. Polo tanto, a atención e recuperación, con recoñecemento de dereitos específicos das mulleres vítimas de calquera acto de violencia previsto no Convenio de Istambul, e non previsto na Lei orgánica 1/2004, **rexerase polas leis específicas e integrais** que se diten para o efecto de adecuar a necesidade de intervención e de protección a cada tipo de violencia. **Ata que se produza este desenvolvemento normativo, as outras violencias de xénero recoñecidas no Convenio de Istambul recibirán un tratamento preventivo e estatístico no marco da Lei orgánica 1/2004.** Así mesmo, a resposta penal nestes casos rexerase polo disposto no Código penal e nas leis penais.

En todo caso, coa aprobación do **Catálogo de referencia de políticas e servizos en materia de violencia contra as mulleres conforme os estándares internacionais de dereitos humanos** dentro da Resolución do 16 de marzo de 2023, da Secretaría de Estado de Igualdade e contra a Violencia de Xénero, pola que se publica o Acordo da Conferencia Sectorial de Igualdade, do 3 de marzo de 2023, polo que se aproba o plan conxunto plurianual en materia de violencia contra as mulleres (2023-2027) aténdese a «todas as formas de violencia contra as mulleres» desde diversas áreas do pacto.

Estas áreas do pacto refírense a:

- Área 1. Prevención e sensibilización fronte a todas as formas de violencia contra as mulleres
- Área 2. Asistencia social integral e reparación
- Subárea 2.1. Servizos especializados de apoio, asistencia e recuperación integral.
Actuación 2.1.02. Servizos de atención e recuperación integral, gratuítos, accesibles, seguros e confidenciais, que garantan a intimidade e a dignidade da vítima, para as

vítimas de todas as formas de violencia contra as mulleres. Actuación 2.1.03. Servizos de atención e recuperación integral especializados para fillos e fillas, e outras nenas, nenos e adolescentes suxeitos á súa tutela, ou garda e custodia das mulleres vítimas de todas as formas de violencia contra as mulleres

- Subárea 2.3. Servizos de saúde actuación 2.3.01. Impulsarase que desde o sistema público de saúde se lles garanta ás vítimas de todas as formas de violencia contra as mulleres. Incluindo a súa gratuidade (actuación 2.3.03)
- Área 3. Protección e acceso á xustiza
- Subárea 3.1. Protección actuación 3.1.02. Promoverase a súa formación obrigatoria, así como a previsión de protocolos de actuación, para actuar fronte a todas as manifestacións de violencia contra as mulleres
- Subárea 3.2. Acceso á xustiza en atención a todas as manifestacións da violencia contra as mulleres

Pola súa banda, a **Estratexia estatal para combater as violencias machistas (EEVM) 2022-2025** menciona, por primeira vez na política estatal española, as violencias máis invisibles e menos coñecidas, aínda que o seu desenvolvemento logo é moi desigual dentro das liñas de acción e medidas esperadas. Un dos elementos innovadores da estratexia é que está dirixida a todas **as violencias contra as mulleres**.

As «**violencias no ámbito reprodutivo**» veñen mencionadas no diagnóstico de situación, aínda que non se achegan datos sobre a situación nacional e ademais, especificamente, en relación coas mulleres con discapacidade. Téñense en conta desde o apartado de Contextualización, citando o aborto e a esterilización forzados como parte deste tipo de violencia xunto á explotación comercial do corpo das mulleres (en relación coa xestación subrogada). Alúdese tanto ao AEF como á xestación subrogada.

Igualmente, a estratexia detense na violencia reprodutiva como parte da atención ás violencias sexuais. Dentro do paquete de medidas, a VR vai incluída:

- No **eixe 2, sobre sensibilización, prevención e detección** de distintas formas de violencia machista, dentro da liña 2.1. Ampliando a mirada a todas as violencias e a todas as vítimas e sobreviventes: mellora do coñecemento de todas as manifestacións da violencia machista. E en concreto respecto das medidas:

- Medida 63. Realización de estudos sobre a esterilización forzosa como forma de violencia contra as mulleres
- Medida 66. Publicación de investigacións sobre a incidencia das intervencións xinecolóxicas inadecuadas e innecesarias na práctica xineco-obstétrica, perinatais e de saúde reprodutiva en centros sanitarios públicos e privados
- Á parte diso, hai varias medidas relacionadas coa sensibilización e a prevención no ámbito dos dereitos reprodutivos (medidas 87, 137, 138)
- **No eixe 3 sobre protección, seguridade, atención e reparación integral,** dentro da liña 3.6. Garantindo a reparación individual e integral, na medida 233. Garantía de protección do dereito de todas as vítimas a un tratamento terapéutico, social e de saúde sexual e reprodutiva.

Finalmente, en canto ao **marco autonómico de erradicación das violencias machistas**, tal e como se recolle no primeiro informe de avaliación en España emitido por GREVIO (2020), existen grandes diferenzas entre as comunidades autónomas, sobre todo na implementación das políticas públicas, tal e como se recolle no Convenio de Istambul.

A pesar das diversas medidas de coordinación adoptadas institucionalmente, non se garanten niveis comparables de protección e apoio de maneira global ás diferentes formas de violencia de xénero ás que poden estar expostas as mulleres e, en particular, ás mulleres con discapacidade. Isto é especialmente relevante no caso das formas de violencia que se producen fóra do ámbito da parella e expareja, como pode ser o caso das violencias en mulleres con discapacidade na contorna familiar ou do persoal cuidador.

O informe GREVIO alerta de que son poucas as comunidades autónomas que ofrecen servizos especializados para vítimas de agresión sexual e violación¹⁰¹, e existen aínda menos servizos especializados de apoio para mulleres en risco de sufrir violencia reprodutiva.

Sinala que as políticas públicas e os recursos de atención fronte á violencia contra as mulleres no noso país foron dirixidos principalmente ao contexto da parella ou exparella, en consonancia co concepto de violencia de xénero que recolle a Lei integral

¹⁰¹ CIMASCAM na Comunidade de Madrid, AMUVI (asociación) en Andalucía, Centro de Crise en Asturias e o do Concello de Madrid. Segundo o informe GREVIO (2020), das 17 comunidades autónomas, só sete contan cun servizo especializado dirixido ás vítimas de agresión sexual e violación, deixando así desatendida unha gran parte de España e as zonas rurais en particular.

1/2004, desenvolvendo en menor medida accións fronte ás outras violencias incluídas no Convenio de Istambul.

Ante a carencia de políticas integrais para a abordaxe desoutras formas de violencia, a resposta institucional no ámbito autonómico foi dispar e carece dunha perspectiva centrada nas vítimas e na coordinación interinstitucional. Esta situación faise máis palpable cando se busca facilitar a interacción entre o conxunto de profesionais que interveñen fronte á violencia reprodutiva; do mesmo xeito, parece estar máis limitada a recollida de datos, a sensibilización e a formación a profesionais sobre estoutas formas de violencia que se producen fóra do ámbito da parella ou exparella (GREVIO, 2020).

O informe GREVIO (2020) sinala como tarefa fundamental para a política pública o **investimento en servizos que atendan á violencia reprodutiva** recollida no Convenio de Istambul, que as vítimas conten co asesoramento, o apoio psicolóxico a longo prazo e unha atención centrada nas vítimas, sensible ás experiencias traumáticas de primeira necesidade (GREVIO, 2020).

7. AEF: mapeo da atención ás mulleres vítimas

7.1. A intervención das entidades locais

7.1.1. Accións locais en materia de VCM

As entidades locais que tomaron parte na enquisa teñen **distintas traxectorias na atención á violencia contra as mulleres (VCM)** e pertencen a todas as comunidades autónomas. Pode consultarse a distribución territorial das participantes na enquisa na metodoloxía.

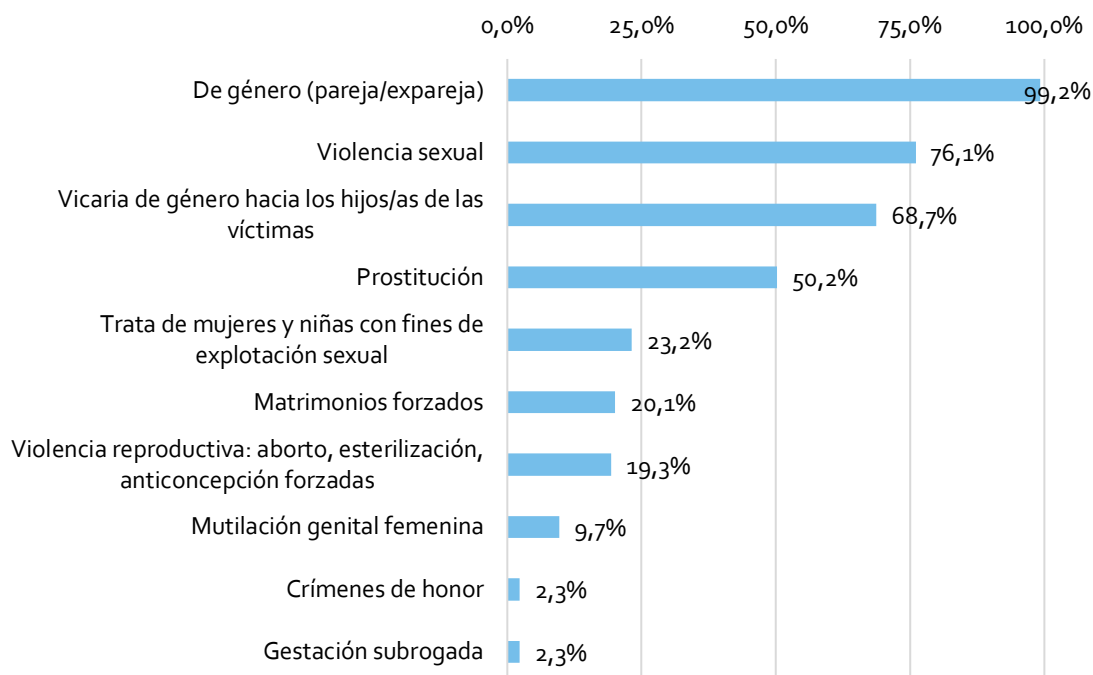
Existen concellos pioneiros con actuacións en materia de igualdade desde 1980 e tamén entidades locais que comezaron as súas políticas máis recentemente, grazas sobre todo ao PECVX. De acordo cos datos recompilados na enquisa a EELL, o inicio das actuacións sitúase de media no ano 2005.

Con independencia do tempo que leven actuando, as EELL **centraron o seu traballo nas violencias que contaron con maior coñecemento e visibilidade institucional** no seu marco territorial, de forma uniforme —sobre todo— con respecto á violencia de xénero (VX), é dicir, a violencia dos homes contra as mulleres nas relacións de parella/exparella.

Pódese distinguir entre as EELL que —ao longo do seu traballo— teñen coñecemento sobre diferentes violencias (véxase o gráfico 4) e o feito de prover de servizos de atención ás vítimas das devanditas violencias (gráfico 5), que se centra na violencia de parella e na violencia sexual fundamentalmente.

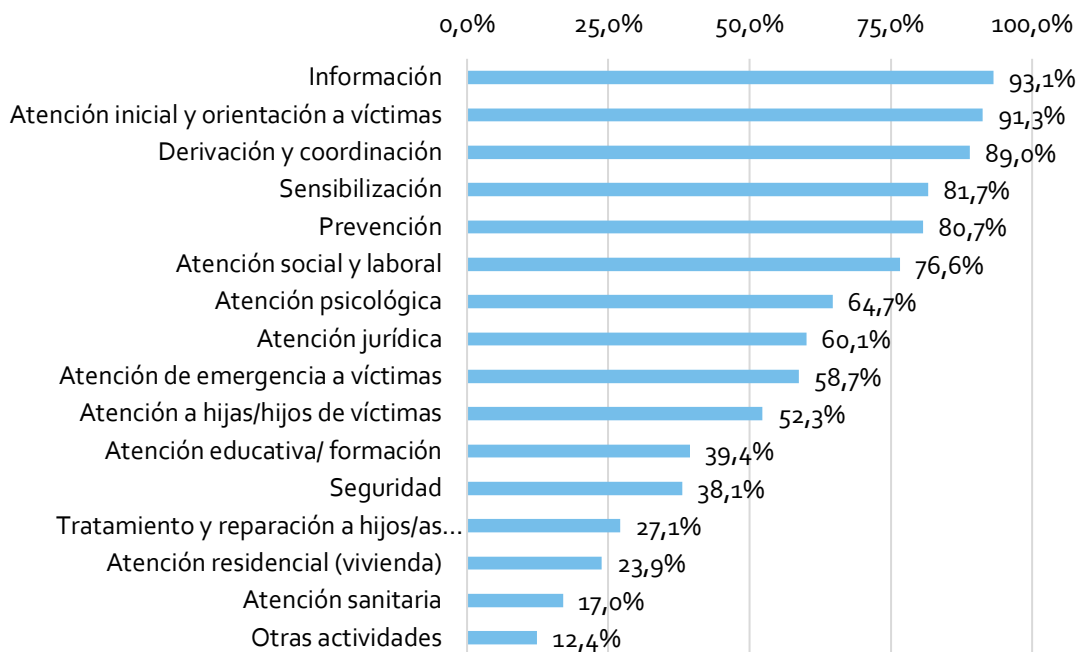
As accións en materia de violencia, tanto de atención a vítimas como doutro tipo (sensibilización, prevención, coordinación) realízanse nas áreas de igualdade e de servizos sociais comunitarios cando estas primeiras non están dotadas de recursos humanos, ou non existen aínda. O 91,4 % das EELL ten algún tipo de atención directa ás vítimas (véxase o gráfico 5). **O 89,2% das entidades enquisadas formaba parte de ATENPRO.**

Gráfico 4. EELL: violencias que si puido coñecer no desenvolvemento do traballo na entidade local



Red2Red, 2023. Enquisa a entidades locais sobre outras formas de violencia contra as mulleres

Gráfico 5. EELL: actuacións que se realizan na actualidade coas vítimas de violencia (en xeral)



Red2Red, 2023. Enquisa a entidades locais sobre outras formas de violencia contra as mulleres

Soamente o **63 % das entidades locais conta cun orzamento** específico para a acción local en materia de loita contra a VCM. Aínda menos entidades —o **48 %**— **desenvolve o seu traballo a partir dunha planificación estratéxica** (local ou rexional). Non obstante, os plans marcos de

actuación son moi diversos e algúns non son específicos de VCM. Desta forma, as referencias abarcan plans contra a violencia de xénero ou diferentes VCM, ou plans de igualdade de oportunidades entre mulleres e homes, con referencias a VIOGEN, ao PECVX ou plans estratéxicos de servizos sociais.

En canto a **mecanismos de coordinación** da política local en materia de VCM, as EELL contan con recursos diversificados: protocolos de atención ás vítimas, protocolos de coordinación institucional e mesas ou protocolos de seguimento. Porén, o seu uso difire dun tipo de violencia a outro (véxase a táboa 4). A violencia no ámbito da parella e a violencia sexual son os tipos de violencia que contan cun maior número de procedementos nas entidades locais; e a MXF, os matrimonios forzados e a prostitución, as violencias que teñen menos protocolos de atención e coordinación (véxase a táboa 4).

En xeral, hai unha **maior sistematización nos procedementos de atención** ás vítimas (protocolos de atención), certa coordinación institucional de recursos e axentes, e pouca coordinación no seguimento do fenómeno e a evolución dos casos a medio e longo prazo.

Táboa 4. EELL: dispoñibilidade de protocolos sobre violencia contra as mulleres

| | Protocolo de atención a vítimas | Protocolo de coordinación | Mesa ou mecanismo de seguimento |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| VX parella/ exparella | 82,8 % | 81,6 % | 73,9 % |
| Vicaria (fillos/as) | 56,1 % | 58,8 % | 52,3 % |
| V. sexual | 58,8 % | 53,7 % | 46,2 % |
| Prostitución | 26,2 % | 24,4 % | 17,2 % |
| Trata con fins de explotación sexual | 24,8 % | 17,3 % | 16,2 % |
| MXF ou matrimonios forzados | 16,2 % | 17,5 % | 12,8 % |

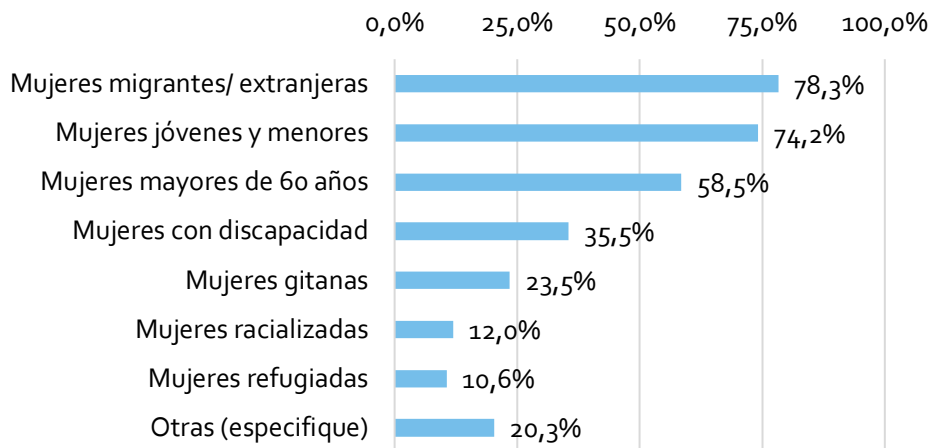
Red2Red, 2023. Enquisa a entidades locais sobre outras formas de violencia contra as mulleres

A vulnerabilidade ante a violencia e o sentido de ser ou non vítima son diferentes para cada muller e constrúese de forma sociorrelacional (Guilló Girard, 2018). Iso depende de diferentes factores, entre eles, outras situacións de discriminación —ademais da de xénero— ás que se teña que afrontar, por exemplo, en función da idade, a (dis)capacidade, a etnia, a racialización, a clase social etc.

Traballar desde o enfoque da diversidade favorece visibilizar as mulleres desde un enfoque plural e individualizar mellor os procesos de atención segundo as súas necesidades. Neste sentido, preguntóuselles ás entidades locais polos perfís de mulleres que atendían nos seus

servizos de atención á violencia machista. En todas as entidades locais está presente a **diversidade de colectivos de mulleres** (véxase o gráfico 6), con todo, a aplicación da interseccionalidade está aínda ausente de case o 30 % das áreas ou servizos locais.

Gráfico 6. EELL: grupos de mulleres ou vulnerabilidades están máis presentes no enfoque de traballo actual da entidade



Red2Red, 2023. Enquisa a entidades locais sobre outras formas de violencia contra as mulleres

En xeral, a **valoración da aplicación do enfoque de xénero interseccional** no traballo da área ou servizo por parte das entidades locais mostra unha autoapreciación alta no seu desempeño. Dunha escala de catro de niveis (0-3), o 24,2 % considera que o aplica totalmente e o 46 % sitúase nun nivel 2 (bastante), e o resto das EELL sitúase en pouco (nivel 1, 24,2 %) e o 5,6 % en nada (nivel 0).

7.1.2. EELL: experiencias de atención en AEF

O 29 % das e dos profesionais de entidades locais que responderon a enquisa descoñece en que consiste o aborto, a esterilización e a anticoncepción forzados (AEAF).

O 71 % di que coñece as características desta violencia reprodutiva (VR). Con todo, soamente o 18,5 % de todos estes profesionais afirma que as coñece no desenvolvemento do seu traballo no ámbito local.

O 9 % do persoal técnico que contestou a enquisa afirma que dispón dalgún tipo de actuación en AEF, aínda que en xeral están asociados á violencia sexual ou de parella.

Case na súa totalidade trátase de casos de violencia sexual e de VX no ámbito da parella/exparella que teñen unha dimensión de dano reprodutivo. É dicir, os casos que son detectados actualmente por parte das EELL non están referidos especificamente á

particularidade do AEAF. Trátase dunha **violencia moi pouco visible para as e os profesionais** dos recursos públicos.

Debido a este contexto, **non hai protocolos de atención específicos ás vítimas de AEAF**; tampouco se diferencia entre actuación de emerxencia e atención xeral.

Con todo, arredor do 2 % das EELL si considera que a atención á VR se inclúe nos seus protocolos de atención ás vítimas e de coordinación institucional da violencia machista, xa que se asimila ás consecuencias da VX e da VS.

En xeral, a disposición das EELL neste sentido resúmese coa seguinte achega cualitativa á enquisa dunha das entidades locais participantes: «aténdese a todas as mulleres vítimas de violencia machista, sexa cal for a forma de violencia. Todos os recursos do servizo están á disposición de todas as vítimas, independentemente do tipo de violencia vivida».

Non se identificou na mostra **ningún recurso especializado** diferente dos asimilables á tipoloxía de centros de atención á muller, puntos de violencia ou centros de atención á violencia sexual. As EELL consideran que estes son os dispositivos de referencia en caso de AEAF. Cando se detectaron casos de VR (tal e como a entenden na actualidade as EELL), traballouse baixo o enfoque da coordinación e derivación, ben con recursos locais ou supralocais.

Respecto do **traballo que se realiza con recursos locais**, diferéncianse catro lóxicas de funcionamento nas EELL:

1. A primeira delas e máis frecuente é a de profesionais que atenden e derivan aos **recursos de igualdade xeneralistas** dos seus municipios (centros ou servizos de atención á muller, oficina de información á muller etc.).
2. En segundo lugar, aquelas nas que incorporan na súa atención e derivación os servizos de atención específica en **violencia contra as mulleres** en calquera das súas formas, para unha atención o máis integral posible.
3. En terceiro lugar, e en menor medida, os que derivan ao asesoramento do **centro de saúde local**. Nesta liña, e de maneira máis específica, só dúas das EELL sinalan expresamente a **derivación** aos centros e/ou programas **de atención sexual e reprodutiva**.
4. En cuarto lugar, de modo residual, derivanse as vítimas aos **servizos sociais**.

Sobre os **recursos propios cos que se coordinan**, principalmente fano coa área de igualdade e cos centros municipais de información das mulleres, e os propios equipos de atención integral á violencia de xénero. Ademais dos servizos sociais de zona, cos centros sanitarios de atención primaria e especializada, centros de atención á saúde sexual e reprodutiva, coa Policía local e, en menor medida, cos servizos de mocidade e centros educativos. Hai outros recursos que son referenciados como os xulgados, fiscalía, organismos autonómicos de igualdade, equipos de VIOGEN, Oficina de Asistencia ás Vítimas de Delitos; así como co tecido asociativo.

Respecto dos recursos **supralocais de referencia** para os casos de AEAF, estes son principalmente do **ámbito sanitario** (centros de saúde e hospitalarios, ou ONG como, por exemplo, Médicos del Mundo) e tamén específicos de unidades de **saúde sexual e reprodutiva**. Sen esquecer que tamén se mencionan os servizos especializados en VCM e violencia sexual cando estes non están dispoñibles no ámbito local.

Experiencias de interese

As experiencias locais **céntranse na promoción dos DSR e na prevención da violencia sexual e de xénero**. Non se detectaron na exploración actuacións especializadas en AEAF, pero si hai prácticas que as inclúen. Deste xeito, considerouse de interese facer referencia ás seguintes experiencias.

As EELL implementaron programas de saúde sexual e reprodutiva, dirixidos nas súas orixes (anos oitenta) principalmente a adolescentes e xuventude, co enfoque da promoción da saúde sexual —planificación familiar— a través dos centros municipais de saúde e a educación sexual nos centros educativos. Desde as concellerías de mocidade e con diferentes denominacións fóronse creando servizos de «asesoría xove» (asesoría afectivo-sexual, infosex, asexoría, asesoría sexolóxica, joves-sex etc.).

Nas prácticas actuais cabe sinalar o programa de saúde sexual e reprodutiva *Vivencias sas e pracentiras das diversidades sexuais* do **Concello de Madrid**¹⁰² no marco da estratexia Madrid, unha cidade saudable, 2020-2023. Diríxese a promover a SSR, a prevención de embarazos non planificados nin desexados e dificultades asociadas ás sexualidades (ITS, disfuncións sexuais, discriminación e violencia sexual e de xénero). Aberto a toda a cidadanía, a «poboación diana preferente» son persoas menores de 25 anos e persoas en situación

¹⁰² Concello de Madrid (acceso).

de vulnerabilidade social (incluídas *persoas con diversidade funcional*). Inclúe o traballo con profesionais do ámbito docente, sanitario e de mediación social que traballan con estes colectivos. Non aborda de maneira expresa a VR, pero si que desenvolve obxectivos específicos fronte á prevención e atención da violencia sexual.

O **Concello de Barcelona** dispón desde o ano 2014 da Estratexia compartida de saúde sexual e reprodutiva (ESSIR)¹⁰³, que é un marco de actuación participado fundamentado en múltiples alianzas axentes para impulsar a protección, o respecto e a garantía dos DSR. O mapeo de

activos en saúde menciona os programas de prevención das relacións abusivas en mulleres e nenas con discapacidade, e toma en consideración a vulnerabilidade das persoas con discapacidade.

O Concello de **Los Realejos** (Santa Cruz de Tenerife) leva desde 1998 traballando a través do Plan municipal de educación afectivo-sexual¹⁰⁴ para favorecer que a poboación viva as súas relacións afectivas e sexuais dun modo positivo, responsable e non discriminatorio. Desde o ano 2013 desenvolve o proxecto Construindo sexualidades coa Asociación Sexualidad y Discapacidad Canarias.

7.2. Organizacións especializadas: atención AEA

7.2.1. Características das entidades

A enquisa a organizacións e persoas expertas obtivo un total de 73 respostas, aínda que a falta de experiencia práctica na atención a vítimas evidenciou que son moi poucas as organizacións que contan con recursos especializados en VR.

O 94,4 % tiña algún tipo de servizo de atención a mulleres vítimas de violencia. O 7,9 % presta algún servizo de ámbito local relacionado con ATENPRO.

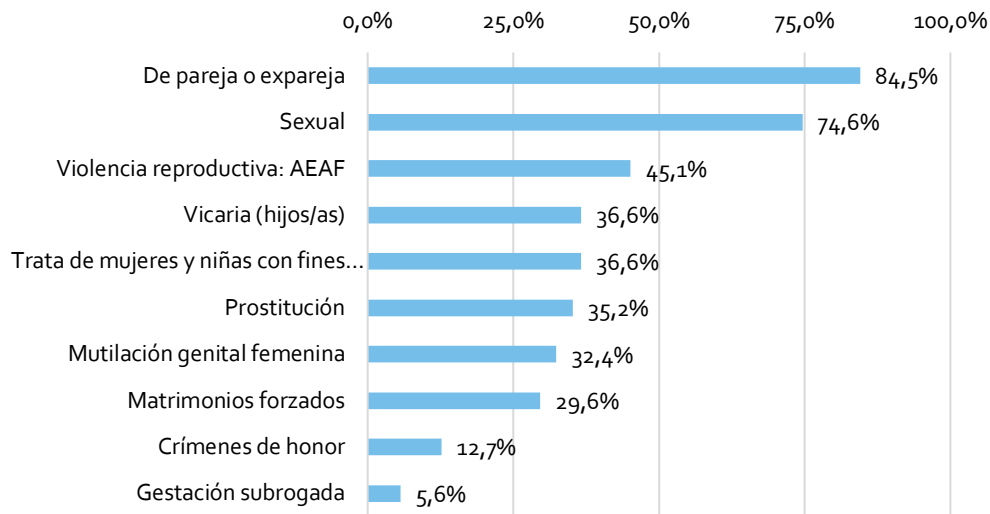
O ámbito de actuación das organizacións é diverso, tanto no **tipo de acción territorial** que realizan—estatal (42,3 %), autonómico (32,4 %), provincial (15,5 %) e local (19,7 %)— como polo tipo de violencias machistas ás que se dirixen nas súas actuacións.

Como no caso das EELL, a atención céntrase sobre todo na **violencia de parella e na violencia sexual** (en diferentes manifestacións) e, debido á presenza de entidades da discapacidade, á atención ás mulleres con discapacidade vítimas de AEA (véxase o gráfico 7).

¹⁰³ Concello de Barcelona (acceso).

¹⁰⁴ Concello de Los Realejos (acceso).

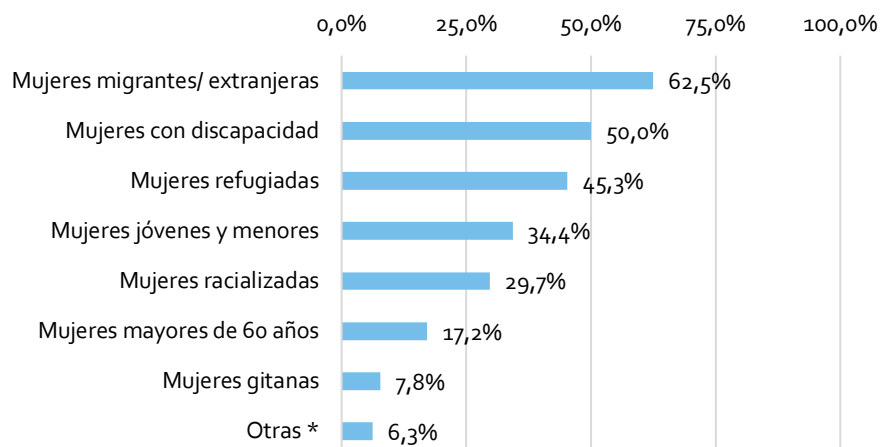
Gráfico 7. Experiencia da organización en tipos de VCM



Red2Red, 2023. Enquisa a persoas e organizacións expertas sobre violencia reproductiva (N=73)

A auto percepción do grao de integración **da interseccionalidade** no enfoque de xénero é total (50 %) para a metade das profesionais enquisadas, bastante para o 35,9 % e pouco para o 14,1 %. A diversidade de colectivos de mulleres e a presenza de mulleres vulnerables é clara no traballo das entidades especializadas. Os **grupos de mulleres ou vulnerabilidades** que están máis presentes no traballo actual da entidade están recollidos no gráfico inferior.

Gráfico 8. Organizacións especializadas: grupos de mulleres ou vulnerabilidades máis presentes



Red2Red, 2023. Enquisa a persoas e organizacións expertas sobre violencia reprodutiva (N=73)

Nota: (*) mulleres e nenas con discapacidade no ámbito rural; mulleres con problemas de saúde mental; mulleres do contorno da exclusión social; mulleres migrantes e refuxiadas xordas con discapacidade.

7.2.2. Actuacións en materia de AEAF

Soamente o **28,7 % das organizacións especializadas sinalou que tiña coñecemento experto ou que dispoñía dalgún tipo de actuación** en materia de AEAF (21 organizacións dun total de 73).

Trátase fundamentalmente de entidades do movemento/atención á discapacidade ou muller e discapacidade, aínda que tamén organizacións expertas en xénero e saúde, dereitos das persoas migrantes e refuxiadas e dereitos humanos. A súa *expertise* fundamental atópase, como no caso das EELL, na atención á VS e á VX; por iso, os casos de violencia reprodutiva son detectados con frecuencia —pero non exclusivamente— a partir da detección da violencia inicial coa que son relacionados.

Tendo en conta que **as principais afectadas de AEAF son as mulleres con discapacidade**, as profesionais do ámbito manifestan que chegan poucos casos directos, a pesar de que a maioría sospeita de moitas esterilizacións ou abortos forzados.

Unha dificultade do traballo de campo posterior, cualitativo, foi o segredo e mesmo a reticencia dalgunhas profesionais coas que se contactou ao longo da exploración de campo; pois a práctica da esterilización suscita diferentes posicionamentos e polémica mesmo dentro do propio movemento da discapacidade.

As organizacións participantes na enquisa **non seguen un procedemento de rexistro dos casos de AEAF detectados nin realizan medicións** da prevalencia entre as súas usuarias. Neste sentido, as entidades indican que atenden entre 1 e 20 mulleres ao ano. A percepción subxectiva das entidades é que, quizais, máis da metade das usuarias —de máis de 50 anos— estaría esterilizada e case todas as mulleres novas con discapacidade experimentarían a anticoncepción forzada.

En referencia ao **tipo de actividades que se realiza con respecto ao AEAF, non hai unha tipoloxía estándar de servizos**. En xeral, desenvólvense actuacións de prevención, información, sensibilización, derivación e coordinación, e nalgúns casos de atención directa: orientación, atención psicolóxica e de atención xurídica ás vítimas.

Entre as experiencias implementadas destaca o **apoio sociolegal** a mulleres vítimas con parálise cerebral, xa que constatan que se dan maiores casos de abuso sexual e esterilizacións forzosas en mulleres con parálise cerebral que en homes¹⁰⁵. Tamén se sinalou a existencia de unidades interdisciplinarias de asistencia a mulleres con discapacidade ou discapacidade sobrevida vítimas de VX. Estas unidades prestan cobertura psicosocial, información, acompañamento e asesoramento para lles facer fronte ás situacións de violencia, ás súas secuelas e á prevención de novos episodios.

Na atención ás vítimas **non se diferencia a atención de emerxencia**. Con todo, de acordo coa experiencia das organizacións, **unha situación de crise** nas vítimas de AEAF estaría relacionada con varias situacións:

- **Sanitarias;** respecto de efectos secundarios das prácticas ás que son sometidas ou por falta de seguimento médico adecuado ou ausencia de atención xinecolóxica reparadora.
- **De seguridade;** en relación cos momentos nos que terceiras persoas planifiquen unha acción de AEAF sobre a vítima.
- **Comunicativa;** debido á falta de medios ou apoios para comunicarse directamente coa vítima; sobre todo no caso de mulleres con discapacidade con grandes necesidades de apoio.

¹⁰⁵ As barreiras de tipo comunicativo que teñen as mulleres con parálise cerebral —a maioría ten disartria (dificultade na articulación das palabras)— conduce a que en contextos alleos ao seu círculo persoal non se entendan. Para garantir a comunicación bidireccional, emprégase comunicación aumentativa.

Respecto dos procedementos de atención, **non se sinalaron protocolos** dirixidos á atención ás vítimas para a intervención integral.

Considérase que os protocolos deberían ser similares aos existentes en VX, no sentido de abarcar os mesmos recursos. Con todo, si se considerou, por parte das organizacións enquisadas, que **para facilitar a petición de axuda** e a formulación de demandas por parte das vítimas é necesario ter en conta varias cuestións na intervención coas MVV:

- Información permanente sobre DSR.
- Garantía de accesibilidade universal (física, cognitiva e cultural).
- Credibilidade á vítima (rompendo o estereotipo sobre a discapacidade que presenta, as orixes culturais, o antixitanismo etc.).
- Comunicación eficaz e consentimento para a intervención. Contar con apoios comunicativos (por exemplo, logopedas), mediación cultural (por exemplo, antropólogas) ou outros recursos para a comunicación directa coas vítimas e non a través doutro tipo de terceiras persoas. Ter sempre presente a vergoña e os tabús asociados á VR.
- Respetar os tempos que marca a propia vítima na intervención; pois non se ten suficiente *expertise* en procedementos estandarizados pautados coas mulleres vítimas.

En relación con **protocolos de atención, ou de coordinación institucional e/ou mesas ou protocolos de seguimento** sobre VR non se indicou a súa existencia fóra de dúas entidades que están en proceso de elaboración de protocolos.

Un, respecto da derivación de casos de AEAF desde a Administración cara á entidade especializada, e outro, en relación con pautas para profesionais sanitarios encamiñado a garantir o consentimento libre e informado por parte da muller ante a esterilización.

En relación coa **coordinación con outros recursos** locais (públicos ou privados), ningunha organización traballa con recursos especializados en AEAF porque indican que non existen, senón que o fan con outro tipo de recursos máis xeneralistas: ben de violencia de xénero ou ben de discapacidade. En parte, moitas destas entidades supoñen que son «o recurso» especializado.

No ámbito local trabállase coa rede de centros de atención especializada para MVV que correspondan á súa comunidade autónoma, con asociacións de mulleres, de muller e

discapacidade ou cos centros de atención integral a vítimas de agresións e/ou abusos sexuais.

No caso das **mulleres solicitantes de protección internacional**, hai que mencionar a existencia incipiente do Protocolo de actuación de violencia sobre xénero do Ministerio de Inclusión, Seguridade Social e Migracións e ACNUR. A súa aplicación está a realizarse a través dun proxecto de implementación que se desenvolve xunto con diversas ONG. Non obstante, non inclúe —polo momento— a violencia reprodutiva en ningunha das súas formas.

A pesar diso, de constatare, a consideración da muller como *vítima de violencia de xénero* —con independencia da súa tipoloxía—, permitiríalle acceder aos recursos e servizos previstos no protocolo e mellorar a súa protección por parte do Estado español. Así mesmo, tenden a empregarse protocolos para a detección e actuación doutras violencias¹⁰⁶, como son os relativos á MXF, matrimonios forzosos e trata con fins de explotación sexual¹⁰⁷.

A través da Unidade de Violencia de Xénero do Ministerio de Inclusión, pódese solicitar unha praza dentro dos programas para atención a persoas solicitantes e beneficiarias de protección internacional, do Estatuto de apátrida e de protección temporal, que sexa específica para vítimas/sobreviventes de violencia de xénero. Tamén a través das unidades territoriais se pode acceder a prazas de emerxencia para estas mulleres, sen necesidade de interpoñer denuncia.

Experiencias de interese

En canto ás [organizacións de mulleres con discapacidade e de atención á discapacidade](#), estas contan cunha ampla traxectoria na promoción dos DSR das mulleres, incluído o apoio á maternidade e ao traballo sobre as esterilizacións a mulleres con discapacidade.

No traballo de campo identificáronse numerosas prácticas **sobre DSR**, algunhas de información e sensibilización, e outras de atención. As seguintes supoñen unha mostra de interese.

En relación con organizacións de ámbito **estatal**, é necesario facer referencia ás entidades Fundación Cermi Mujeres, Confederación Plena Inclusión España,

Asociación Sexualidad y Discapacidad, Asociación Española para la Salud Sexual, Confederación Salud Mental España, Asociación Liber Entidades de Apoyo a la

¹⁰⁶ Véxase a web da DGVX onde se ofrece unha compilación de instrumentos de detección e acción.

¹⁰⁷ Véxanse os estudos promovidos pola FEMP ao respecto (2023).

Toma de Decisiones, Confederación ASPACE, CEMUDIS (Confederación de Mujeres con Discapacidad), Federación de Matronas, Fundación ONCE, Confederación Estatal de Personas Sordas, Confederación Autismo España, CEPAMA, Comité para la Promoción y Apoyo de la Mujer Autista, Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad.

En xeral, no **ámbito autonómico**, as referencias son as de Plena Inclusión Madrid, Plena Inclusión Comunidad Valenciana, Plena Inclusión Extremadura, Plena Inclusión Castilla y León, Plena Inclusión Murcia, Plena Inclusión La Rioja, Fundación APROCOR (Madrid) Cermi Región Murcia (Comisión Mujer), Cermi Andalucía (Comisión Mujer), Cermi Madrid (Comisión Mujer), Cermi Comunidad Valenciana, Cermi Castilla-La Mancha, Cermi Extremadura, Down Catalunya, ACADAR-Asociación de Mulleres con Discapacidade de Galicia, Luna Andalucía Federación de Asociaciones para la Promoción de Mujeres con Discapacidad, FAMDISA-Federación de Asociacions de Mujeres con Discapacidad en Andalucía, AMUDIS-Asociación de Mujeres con

Discapacidad Castilla y León, Fundación A LA PAR (Madrid), FESORD Comunidad Valenciana, CODISA PREDIF Andalucía, CoordiCanarias (Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Canarias).

En canto a experiencias **locais**, consideráronse de interese as seguintes: Amanixer-Asociación Aragonesa de Mujeres con Discapacidad (Zaragoza), Associació Dones No Estandars (Barcelona), AFANIAS Madrid, APSA (Alacant), Fundació Vicki Bernadet (Barcelona e Zaragoza), Xarxa dones amb discapacitat (Valencia), AFAEMO-Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Trastornos Mentales de Moratalaz (Madrid), Más Mujer- Asociación de Mujerse con Discapacidad Física y Orgánica de la Región de Murcia, Asociación Paz y Bien (Sevilla e Huelva), Sexualidad Funcional (Valencia), GORABIDE-Asociación Vizacaína a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, ASPAYM Madrid, COCEMFE Alicante, AFEMAGRA Salud Mental Selecta, AFESOL-Asociación de Familias y Personas con Enfermedade (Málaga), Fundación Esfera (Madrid).

Doutra banda, hai que destacar, no caso das [mulleres migrantes, solicitantes de protección internacional e refuxiadas](#), a existencia de protocolos de detección de diferentes tipos da violencia no ámbito da parella/exparella e outras violencias por parte de varias ONG e tamén

actuacións en materia de sensibilización e protección dos DSR das mulleres migrantes e refuxiadas en España.

Entidades como ACCEM e CEAR contan con protocolos para a detección e prevención e procedementos de atención. No caso de ACCEM, diríxense a profesionais, voluntariado e usuarios e usuarias. Respecto da atención, faise seguimento do caso identificado por parte dun equipo interdisciplinario, para o que se utiliza un informe social como ferramenta de recollida de información e seguimento. O servizo xurídico de protección internacional elaborou en 2021 materiais formativos sobre violencias machistas co obxectivo de ampliar a visión e concepción de violencias que poden sufrir as mulleres polo feito de selo para mellorar a detección e atención de necesidades de protección internacional por motivos de xénero.

Estableceuse igualmente unha práctica de colaboración entre ACCEM e Médicos del Mundo en Canarias, mediante a cal, ao ser detectado un caso de violencia sexual (especialmente MXF), se elabora un informe por parte de Médicos del Mundo que pode servir para a obtención de protección internacional. Subscribiuse un convenio co Centro de Crise para Víctimas de Agresións Sexuais de Asturias para ofrecer servizos de interpretación e tradución ante casos de violencias machistas. As

profesionais intérpretes tamén eran mediadoras culturais con formación en xénero grazas a outro programa de ACCEM, Mediadoras en Igualdade.

ACNUR liderou o **Proxecto Semente**, para a implementación do Protocolo de actuación de violencia sobre xénero do Ministerio de Inclusión, Seguridade Social e Migracións, coa colaboración do propio MISSI e as ONG que forman parte do SAPIT. Nas súas conclusións prevese a ampliación a todas as formas de VCM.

No ámbito da saúde sexual e reprodutiva, destaca o programa Saúde entre culturas do **Hospital Ramón y Cajal de Madrid**, cuxa liña de **Saúde entre mulleres** busca crear un espazo de educación para a saúde adaptado cultural e lingüisticamente. Traballa os DSR, incluída a violencia, entre outras actividades, e ofrece un servizo de «psicoloxía transcultural».

O **Proxecto RAISA, de Farmamundi**, desenvólvese en colaboración co **Concello de Barcelona**, desde o que se favorece o acceso ao sistema sanitario e se presta atención a mulleres migrantes no ámbito da saúde e dos DSR, así como para a prevención e erradicación da violencia.

Nesta mesma liña desenvólvese a campaña «TI IMPORTAS. A túa sexualidade é importante» dirixida a a campaña «TI IMPORTAS. A túa mulleres migrantes da UNAF.

7.3. Análise das prácticas consultadas

Tal e como se explicou, **a acción sobre o AEAF é pouco específica, fóra dalgunhas entidades que traballan con mulleres con discapacidade.**

A maioría das experiencias que existen no noso país son realizadas por organizacións non gobernamentais do ámbito da discapacidade e algúns recursos públicos de saúde (saúde mental ou saúde sexual e reprodutiva). Os servizos especializados en igualdade e loita contra a violencia contra as mulleres (VCM) non están a liderar este tipo de liñas de acción.

Tal e como se explicaba na metodoloxía, as sete prácticas que se analizaron achegan *expertise* —sobre todo— no traballo sobre VCM e discapacidade. A pesar de que non todas se centran en AEAF (dado a falta de prácticas especializadas), si permiten coñecer mellor as características da atención á violencia reprodutiva cando está asociada a VX e a VS. Sobre todo permítennos entender criterios de actuación e accesibilidade universal transferibles á atención **a todas as mulleres**. Para ver as expertas informantes que participaron pódese consultar o anexo 3.

7.3.1. Resumo das experiencias

Experiencia 1: SAVIEX: Servicio de Apoyo a Mujeres y Niñas con Discapacidad Víctimas de Violencia de Género de Extremadura (Cermi Extremadura)

- SAVIEX xurdiu en 2021 como froito dun dos resultados do Estudio sobre la situación de la violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura (Cermi Extremadura, 2020).
- É implementado polo Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de Extremadura (Cermi Extremadura) grazas ao apoio da Junta de Extremadura —con fondos do pacto de Estado contra a violencia de xénero— que xestiona a Consellería de Igualdade.

- Aínda que non se traballa para a detección de casos de violencia reprodutiva, trabállase coa súa sospeita, sobre todo no caso da atención a mulleres que sufriron agresións sexuais por parte de persoas do ámbito familiar.
- SAVIEX conta cunha técnica especializada que traballa como profesional de referencia para mulleres e nenas con discapacidade, así como para os diferentes organismos e recursos que interviñesen durante o proceso de saída e recuperación da violencia.
- A intervención artículase nun modelo de apoio persoal que dea respostas ás necesidades específicas derivadas do tipo de discapacidade e doutros condicionamentos individuais, para unha atención inclusiva, accesible e eficaz arredor de situacións de VCM .
- Os compoñentes de atención a mulleres do servizo realízanse mediante a detección (a través da colaboración e derivación) desde diversos recursos especializados destinados a erradicar a violencia de xénero¹⁰⁸. Inclúe procedementos de coordinación tras a derivación dos casos cos diferentes profesionais encargados de traballar con mulleres ou nenas con discapacidade.
- No protocolo de atención realízase unha intervención personalizada desde o momento en que a muller, de forma voluntaria, se pon en contacto a través de correo electrónico, teléfono móbil ou de maneira presencial. Unha vez que se proporcionou a atención e o acompañamento pertinentes, lévase a cabo un seguimento a través de chamadas telefónicas.
- Tamén se colabora con outros recursos involucrados na prevención e na sensibilización. Lévanse a cabo accións de formación en VX a profesionais da asistencia persoal cunha perspectiva interseccional. Transfire o coñecemento e boas prácticas en materia de atención a mulleres con distintos tipos de discapacidades a outros recursos. As accións promovidas (2022 e 2023) dirixíronse á colaboración institucional e técnica, e á divulgación, concienciación e prevención en xornadas, eventos e seminarios¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Oficinas de Igualdade e Violencia de Xénero da rede da Junta de Extremadura; organizacións non gobernamentais (ONG) e asociacións que atenden a mulleres vítimas de violencia de xénero e/ou a persoas con discapacidade; corpos e forzas de seguridade do estado e profesionais do ámbito xurídico (avogacía, xudicatura e fiscalía).

¹⁰⁹ SAVIEX leva a cabo un amplo traballo en materia de sensibilización e prevención. Realízanse accións formativas de diversa índole: taller «Amor sen etiquetas. Desmontando mitos do amor romántico»; talleres «Quérome, cóidome. Mulleres e discapacidade»; talleres grupais de prevención contra a violencia de xénero «Mulleres e discapacidade. Cara a unha visión en positivo»; talleres «Amor sen etiquetas. Diversidade e respecto».

- Entre as súas actuacións destaca a formación a axentes policiais, xudiciais e sociais sobre a comunicación na toma de testemuño da muller e nena con discapacidade; sobre a información accesible respecto do funcionamento do sistema policial e xudicial.

Experiencia 2: Centro de Rehabilitación Psicosocial San Fernando de Henares (CRPS)

- O CRPS San Fernando de Henares forma parte dos dispositivos da Rede pública de atención social a persoas con enfermidade mental grave e duradeira (en diante, RPASPEMGD) da Comunidade de Madrid.
- Dispón dun equipo multidisciplinario que, desde unha abordaxe individualizada, centrado na rehabilitación e recuperación da persoa, traballa para favorecer a creación e potenciación de apoios que promovan a participación de usuarios e usuarias en recursos sociocomunitarios do seu contorno, nas mesmas condicións que calquera outro cidadán.
- O equipo está formado por directora, tres psicólogas, traballadora social, terapeuta ocupacional, tres educadores, administrativa e persoal de limpeza a media xornada.
- Dispoñen de diferentes programas de información, educación e adestramento de habilidades que se realizan tanto no centro como no propio contorno sociocomunitario da persoa. Así mesmo, lévase a cabo un traballo con familiares ou persoas achegadas.
- O CRPS inaugurouse no ano 2004 e actualmente está deseñado para a atención de 90 persoas. O 40 % das persoas atendidas son mulleres. As persoas atendidas son todas derivadas do Centro de Saúde Mental do Hospital de Henares, e comprende os municipios de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada del Campo, Velilla de San Antonio e Loeches, a través da Comisión de Derivación a Recursos e Seguimento de Casos.
- Entre outras comisións e espazos de coordinación, destaca a incorporación desde o ano 2011 ás mesas locais contra a violencia de xénero de Coslada e San Fernando de Henares.
- O CRPS de San Fernando de Henares é pioneiro no traballo desde a perspectiva de xénero en todas as accións que realiza. Destaca a súa participación en varias

investigacións e publicacións¹¹⁰, intervencións individuais xunto cos puntos municipais contra a VX da zona, e un gran desenvolvemento de programas grupais para a detección, prevención e intervención en afectividade-sexualidade, violencia de xénero, violencia sexual, así como espazos de mulleres para o fomento da rede social. Iso inclúe o acompañamento a mulleres vítimas de VX e grupos con homes para traballar outras masculinidades.

Experiencia 3: Proxecto Construindo Sexualidades do Concello de Los Realejos e a Asociación Sexualidad y Discapacidad

- Construindo Sexualidades¹¹¹ é un proxecto en marcha desde hai unha década por parte do Plan municipal de educación afectivo-sexual do Concello de Los Realejos (Santa Cruz de Tenerife), que desenvolve xunto á Asociación Sexualidad y Discapacidad Canarias. Conta coa colaboración da Fundación Caja Canarias, Obra Social «la caixa» e Gobierno de Canarias.
- O proxecto trata de responder a necesidades nas dimensións afectivo-emocional e sociorrelacional de diferentes colectivos en risco de exclusión social ou situación de dependencia. Está dirixido a mellorar a calidade de vida das persoas con discapacidade e/ou enfermidades raras da localidade e contorno próximo, incidindo na atención, a educación e a prestación de apoios á súa sexualidade. Xerouse un servizo de asesoría no que as atencións que veñen son as derivadas polo proxecto cando se detectan casos de VR desde o ámbito sanitario ou desde o ámbito social ou educativo.
- Durante os anos de implementación do proxecto e dos talleres realizados fóronse detectando situacións de violencia reprodutiva e por iso se puxeron en marcha a coordinación cos recursos locais do municipio para a súa atención, principalmente coas traballadoras sociais da zona.
- Nesta década logrou formar a máis de 4000 persoas entre quen ten algún tipo de discapacidade, as súas familias, profesionais e voluntariado do ámbito, a través de actividades transversais.

¹¹⁰ Véxase (2010) Prevalencia da violencia de género en mujeres con trastorno mental grave, *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Acceso

¹¹¹ Acceso ao díptico informativo.

Experiencia 4: Servicio Alba de Atención y Acompañamiento a Mujeres Sordas. Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE)

- Alba é unha plataforma informativa¹¹² que conta con financiamento da Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero, o Ministerio de Dereitos Sociais e Axenda 2030, a Fundación Mutua Madrileña e a Fundación ONCE.
- Ofrece un espazo de contacto para atender e informarte en lingua de signos ou por escrito sobre a violencia de xénero. Activa un servizo accesible en lingua de signos de atención e acompañamento a mulleres xordas e o seu contorno (familias, profesionais...) sobre como actuar ou onde acudir fronte a unha situación de violencia de xénero (VX). Non atenderon a mulleres xordas vítimas de VR, pero si consideran que moitas das vítimas que son atendidas por outras formas de violencias (fundamentalmente sexual) a sufriron.
- Pódese contactar de diferentes maneiras, vía correo electrónico, vía videochamada con chat incluído. Dada a diversidade das mulleres xordas, non todas son usuarias de lingua de signos ou todas son usuarias da lingua oral, algunhas son bilingües. As profesionais axústanse ás necesidades das destinatarias, incluíndo outros factores interseccionais como a idade, a territorialidade, ter outras discapacidades engadidas como a xordocegueira etc.
- Traballan coa rede asociativa de CNSE nos diferentes territorios, que son quen facilita os recursos de acompañamento á vítima (apoio a xestións, denuncias, todos os procedementos necesarios) con intérpretes de lingua de signos ou con mediadoras comunicativas, ou as dúas á vez, de forma inmediata para que poidan acudir a calquera recurso que proceda.
- Atenden tanto ás vítimas como ás familias, profesionais externos e profesionais da propia rede asociativa; xa que moitas veces se carece da formación sobre como intervir con mulleres xordas.
- Garante a confidencialidade e iso favorece o acceso ao servizo. En ocasións, as MVV xordas non queren acudir ás federacións debido a que a comunidade xorda pode ser pequena nalgúns territorios e senten vergoña. O Servicio Alba deriva ao recurso máis

¹¹² Servicio Alba: <https://cnse.es/proyectoalba/>.

adecuado, ben mediando coa federación para facilitar o acompañamento ou ao recurso que precise.

Experiencia 5: canle de apoio sociolegal a mulleres con parálise cerebral vítimas de violencia de xénero. Confederación ASPACE

- En 2020, a Confederación ASPACE puxo en marcha a canle co obxectivo de lles prestar apoio sociolegal a mulleres con parálise cerebral vítimas de VX e VS, aínda que se presta un servizo extensivo a todas as formas de VCM.
- Xorde debido ás necesidades específicas das mulleres con parálise cerebral e outras discapacidades afíns e as súas familias, as cales afrontan unha situación de especial vulnerabilidade que incrementa a súa desprotección sobre a violencia.
- O servizo enmárcase na asesoría xurídica de Confederación ASPACE, dentro do programa «ASPACE polos teus dereitos» que traballa en relación con catro eixes de acción: a formación especializada sobre dereitos e discapacidade nas principais áreas da vida diaria das persoas con parálise cerebral, a incidencia política, o enfoque transversal de dereitos no Movemento ASPACE e a asesoría xurídica.
- A canle é en liña por Internet, telefónica e presencial. O contacto realízase a través de WhatsApp no número 661 347 869, ao que poden dirixir as súas mensaxes de luns a venres de 9:00 a 17:00 h. Ten este horario acoutado debido á limitación de financiamento de que dispón a entidade neste momento. O contacto coa asesoría xurídica tamén se pode realizar por correo electrónico. A canle é atendida por dúas avogadas especializadas en VCM.
- As mulleres atendidas reciben información e acompañamento legal para o exercicio dos seus dereitos e, se é necesario, procédese á súa derivación a servizos de atención á VX para a súa abordaxe psicolóxica ou para a asignación dunha vivenda protexida.

Experiencia 6: Observatorio de la Mujer. Plena Inclusión Madrid

- Trátase dun grupo de traballo creado en 2010 —é o primeiro observatorio do movemento asociativo da discapacidade intelectual— co fin de traballar pola plena igualdade das mulleres con discapacidade intelectual ou do desenvolvemento (MDID)

e para concienciar a sociedade sobre as causas que perpetúan a súa situación de desvantaxe social.

- No Observatorio participan mulleres con e sen discapacidade intelectual, entre elas profesionais de apoio, de 17 organizacións de Plena Inclusión Madrid. Aborda desde a especificidade da discapacidade intelectual temas xerais de xénero e muller. Son retos deste observatorio, en cuxa axenda están moi presentes cuestións como a loita contra a violencia de xénero, a erradicación da esterilización forzosa, a maternidade ou a saúde xinecolóxica.
- Configúrase como un espazo de participación de MDID xunto con profesionais de apoio para favorecer os seus dereitos, garantir a súa plena inclusión e realizar accións de sensibilización, formación e visibilización dirixidas ao seu apoderamento. As MDID represéntanse a si mesmas e ás entidades promovendo a súa participación activa.
- Durante este tempo realizaron catro curtas audiovisuais para concienciar a sociedade das barreiras que atopan as mulleres con discapacidade intelectual e os apoios que necesitan para gozar dunha cidadanía plena e en todos eles se abordou a violencia de xénero que sofren, nas súas diferentes formas¹¹³.
- As profesionais que toman parte do Observatorio son técnicas de organizacións locais de municipios da rexión de Madrid. Traballan, polo tanto, en recursos específicos de atención a persoas con discapacidade intelectual membros da federación de Plena Inclusión Madrid. Estas organizacións non contan con recursos específicos de atención a mulleres vítimas de VR, pero si as detectan continuamente no desenvolvemento do seu traballo, porque as propias MDID o verbalizan. Neste sentido, nas accións lévanse a cabo intervencións, sobre todo de atención psicolóxica para a recuperación das vítimas (duelo, resiliencia...), de carácter grupal e de traballo coas familias para que comprendan a situación das vítimas.
- O traballo grupal de apoderamento e capacitación lévase a cabo tanto con MDID en xeral como con aquelas que sufriron VR en particular. Abórdanse temas relacionados

¹¹³ No ámbito divulgativo, destacan os seguintes documentais elaborados desde o Observatorio de la Mujer:
También somos mujeres (2011) <https://www.youtube.com/watch?v=XAkMZCEwgtY>;
No era yo el problema (2017) https://www.youtube.com/watch?v=8oYGwX_B-ii
Lo más lejos posible (2022) https://www.youtube.com/watch?v=TgAEzgj_5kA
Es mi derecho (2023) <https://www.youtube.com/watch?v=saUmfbcbD4M>

coa súa sexualidade, coñecemento do corpo, coidado da SSR, DSR, e apoio ao recoñecemento e expresión das violencias reprodutivas que sufriron.

- No Observatorio trabállase o acceso á saúde xinecolóxica como parte da promoción da saúde sexual e reprodutiva das MDID e os seus dereitos.
- O grupo de nais de apoio mutuo é outra das accións impulsadas polo Observatorio. Fórmano MDID que viviron e que exercen a maternidade compartindo as súas experiencias. Algunhas destas nais, ademais, sufriron algún tipo de violencia de xénero.

Experiencia 7: unidades de asistencia especializada a mulleres con discapacidade vítimas de violencia de xénero na comunidade. Confederación de Entidades de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Andalucía (CODISA PREDIF Andalucía)

- CODISA PREDIF Andalucía puxo en marcha este servizo no ano 2015, que atende a mulleres con todo tipo de discapacidades. A atención realízase a través das unidades de asistencia especializada, onde se ofrece atención psicosocial, información, acompañamento e asesoramento para lles facer fronte ás situacións de violencia, ás súas secuelas e á prevención de novos episodios.
- Inclúe o acompañamento para a realización de xestións administrativas, policiais e xudiciais, ámbitos nos que as mulleres con discapacidade atopan habitualmente barreiras que dificultan a denuncia e a súa recuperación. Tamén realizan un labor de prevención a través da intervención grupal, mediante o desenvolvemento de grupos de apoderamento de mulleres.
- Hai dúas vías de acceso das mulleres ás unidades: directamente por iniciativa das vítimas ou mediante derivación de profesionais dalgunha entidade membro, onde a usuaria participa nalgún dos servizos ou programas da organización. As profesionais das entidades tamén contactan coas unidades de CODISA PREDIF, cando detectan unha situación de violencia ou sospeitan dela, para buscar asesoramento. Desta forma o servizo ten un carácter preventivo. Tamén son derivadas por parte de profesionais doutros recursos da rede pública local ou autonómica de atención a MVVM.
- O servizo conta cunha oficina virtual e dispoñen de atención presencial en oficinas de todas as provincias (excepto en Almería). Cada unidade conta cunha técnica de referencia conformándose no ámbito autonómico un equipo multidisciplinario

formado por unha traballadora social, unha psicóloga e unha educadora social. O equipo está formado e especializado nas necesidades das mulleres con discapacidade, as súas condicións de vulnerabilidade e a presenza de riscos diferenciais respecto do resto da poboación feminina.

7.3.2. Aprendizaxes e retos da atención a mulleres vítimas

A continuación, descríbense os resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas para analizar as sete prácticas descritas. Tamén se alude nalgunha ocasión aos resultados das enquisas a EELL e organizacións, pois en xeral están aliñados coas experiencias e contribúe a reforzar a noción de consenso entre profesionais sobre como son abordadas as VR.

7.3.2.1. Detección da violencia e o acceso á atención

Todas as experiencias puxeron de relevancia a [importancia da difusión dos servizos](#) para facilitar o acceso das vítimas á atención especializada para unha violencia que resulta especialmente invisible.

As prácticas identificadas utilizan diferentes **estratexias de difusión**, como son:

- En SAVIEX realízanse a través de medios informativos, tanto medios escritos coma programas de radio e Canal Extremadura (tanto en informativos como programas ou reportaxes específicos). Fixéronse entrevistas para medios de comunicación. Repartiuse o díptico informativo nas farmacias: 380 da provincia de Badaxoz e 290 de Cáceres, converténdooas en puntos SAVIEX.
- O proxecto Construindo Sexualidades difúndese no marco do Plan municipal de educación afectivo-sexual do Concello de Los Realejos e na web informativa da Asociación Sexualidad y Discapacidad.
- O Servicio Alba de CSNE conta cunha web informativa e realizan difusión interna.
- As unidades específicas de atención a mulleres con discapacidade vítimas de VX de CODISA PREDIF empregan multidifusión: puntos CODISA mediante a creación de carteis cun QR en puntos violetas; distribución de cartelería en centros de saúde, servizos sociais, centros educativos etc., así como nas entidades membro; redes sociais; reunións, xornadas e foros.
- En Confederación ASPACE difúndese internamente ás entidades e federacións membro, a través de redes sociais e medios de comunicación, así como nas propias

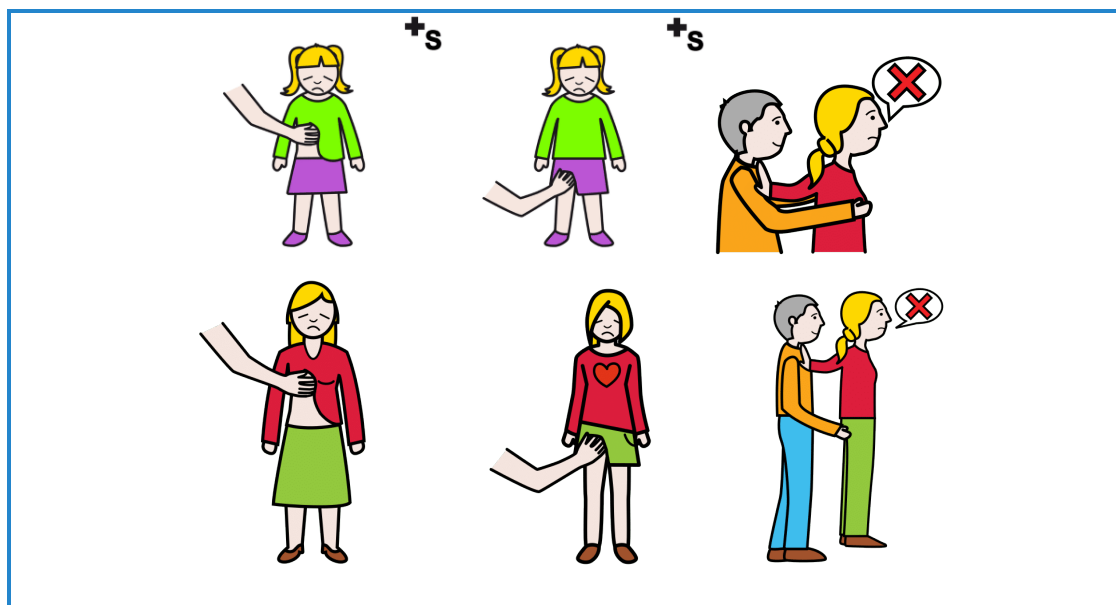
accións de sensibilización (tanto con operadores xurídicos coma con contornas educativas e sanitarias), xa que favorece a derivación.

Iso require visibilizar a violencia (neste caso a VR) con claridade en todos **os soportes informativos e comunicativos** das organizacións, que seguen sendo moi limitados para expresar as vivencias de abuso das mulleres.

As mulleres con parálise cerebral que usan tableta ou cadernos con pictogramas para comunicarse ou como apoio á súa comunicación, pois non incluían unha páxina de pictogramas relacionados con violencias. Entón como che van expresar o que lles está pasando? (E5)

Na ilustración inferior poden verse algúns exemplos de pictogramas sobre abuso sexual a nenas e a mulleres:

Ilustración 5. Pictogramas-SAAC sobre VS contra mulleres e nenas



Fonte: Portal Aragonés de Comunicación Aumentativa e Alternativa (ARASAAC)

Tanto para a [toma de conciencia sobre a propia vitimidade](#) coma para coñecer a [existencia de recursos de axuda](#), realízanse **actuacións de formación e sensibilización con e cara ás propias mulleres.**

Estas actividades son imprescindibles. A través delas as mulleres VVR apreenden un marco de novos **significados para vivencias que non souberon nomear** e identifican un espazo no que poidan resolver dúbidas e ser orientadas por primeira vez.

- É fundamental a existencia de espazos **específicos de escoita** —como os grupos de MDID— onde hai un **clima seguro e de confianza**, así como toda a formación específica de temas como a súa sexualidade, a afectividade, a maternidade, a saúde sexual e reprodutiva, os dereitos sexuais e reprodutivos, as VR.

Sobre todo, iso detectámolo nas sesións de formación, principalmente aí é onde xeras escenarios seguros onde ás veces estas temáticas non se expuxeron porque non saíron nas conversacións habituais do seu día a día. (E3)

- Estas actividades de sensibilización previas **axudan as mulleres a identificar** situacións de violencia, entre elas a VR. En moitos casos, creouse un vínculo previo coas profesionais nas que confían, o cal **facilita a intervención.**

Nas mulleres con parálise cerebral, o seu autoconcepto está moi danado polo feito de seren dependentes para todo e, a medida que traballas o seu apoderamento, as

mulleres empezan a expresar as súas demandas con respecto á violencia que están a sufrir. (E5)

- Nestes espazos, as profesionais requiren **dunha actitude de observación e escoita** que permita formular hipóteses sobre diferentes formas de violencia ás que poden estar expostas as participantes.

Cando se trata de VR, as mulleres con parálise cerebral descoñecen, non teñen as ferramentas como para identificar que se está levando a cabo ese tipo de violencia, polo que, cando chegan ao Canal [ASPACE], xa se produciu. A violencia reprodutiva está vinculada con outras, xeralmente coa violencia sexual. Moitas veces, o que levan a cabo os agresores sexuais é: «se a esterilizo, teño maior posibilidade logo de continuar coa violencia sen rastro», é dicir, que a esterilización forzosa, normalmente, é un paso inicial para logo levar a cabo violencia sexual. Nestes casos, a intervención diríxese a que coñezan o que sucedeu e que dispoñan de ferramentas para poder autodefenderse para a violencia sexual. (E5)

Deste xeito, as persoas que acoden aos servizos para solicitar axuda foron —ou son— participantes de diferentes formacións sobre apoderamento, sobre dereitos ou de prevención das diferentes formas de violencia contra as mulleres.

Ademais, dependendo do tipo de discapacidade, na detección adoita ser indispensable o **intercambio** coas figuras do **asistente persoal**¹¹⁴ e o **traballo coas familias**; sobre todo no caso de mulleres con pluridiscapacidade¹¹⁵, parálise cerebral e MDID.

As barreiras, ás veces, son as familias e entón hai que traballar unha psicoeducación (...), que comprendan que son persoas cunha sexualidade que obviamente teñen uns dereitos e que iso ten que primar por encima das decisións de cada familiar. (E2P2)

Xunto co anterior, desenvólvese o **traballo con outros profesionais**, para que poidan detectar casos de violencia e que contribúan á difusión de recursos.

Neste sentido, os resultados do estudo apuntan a que é imprescindible a acción **cara aos recursos propios** (dentro da institución, a entidade local ou a ONG), tanto coma a **participación**

¹¹⁴ Por exemplo, en CODISA PREDIF dáse formación en violencia aos e ás asistentes persoais sobre quen pode actuar como axente de detección de situacións de VR e trasladar a situación aos servizos correspondentes.

¹¹⁵ «A pluridiscapacidade é unha discapacidade grave de expresión múltiple, onde se asocian dúas ou máis discapacidades, como a discapacidade motriz, discapacidade intelectual, discapacidade sensorial ou unha saúde fráxil que pode ser severa ou profunda. Esta provoca unha restrición extrema de aspectos e posibilidades da percepción, da expresión, emocións e da relación. As persoas con pluridiscapacidade experimentan un desenvolvemento atrasado e a miúdo requiren un alto nivel de apoio e atención na súa vida diaria» (Maita, 2023).

en **redes de intercambio** de profesionais ou asociativas. Dentro destas actividades incluíranse as de sensibilización e **formación cara a outras profesionais**.

Respecto desta cuestión, sinalouse como **un obstáculo para a detección a falta de formación** básica sobre a VR e o AEAF especificamente; mesmo entre profesionais do ámbito da VCM e do ámbito sanitario, tamén entre aqueles técnicos de promoción de SSR.

Os equipos profesionais non teñen a formación como para dar resposta. Se lles fan preguntas (...), non saben por onde saír ante una situación de violencia reprodutiva. Entón, se non teño formación ou non sei por onde saír, non pregunto, non vaia ser que me pregunten a min ou me devolvan a pregunta e non teño información. (E3)

Para a identificación da violencia reprodutiva, nas experiencias analizadas téndese a empregar un **conxunto de indicadores** específicos e inespecíficos, que polo xeral están asociados á VS dada a interrelación entre esta e a VR¹¹⁶. As [pautas e principais indicadores que se empregan para a detección](#) do AEAF dentro das experiencias anteriores son:

- **Relato directo** das mulleres.
- **Expresión de sospeita doutros** profesionais ou persoas da contorna (amizades, persoal voluntario, ámbito laboral etc.).
- Informes médicos.
- **Cambios de estados de ánimo**, síntomas relacionados con depresión, condutas disruptivas.
- **Tipo de medicación**, como tranquilizantes ou ansiolíticos, se saben para que os toman, se é unha demanda delas e se realmente necesitan atención psicolóxica en lugar de medicación. Prestarlles atención á saúde mental e á psicofarmacoloxía. É necesario verificar os fármacos prescritos.
- Trastornos alimentarios, sobre todo en MDID.
- **Lectura e análise corporal**. O caso de MDID adultas que son vestidas ou se visten de forma moi infantilizada. Ou o caso dunha muller nova que aumenta de peso de maneira repentina como consecuencia dunha menopausa anticipada ou un método anticonceptivo.

¹¹⁶ Véxase Vázquez e Castro (2018) respecto dunha relación de indicadores de detección da violencia sexual en diferentes etapas vitais contra as mulleres con discapacidade (v. bibl.).

- **Menopausa anticipada que non se corresponde coa idade.** Neste caso habería que confirmar mediante análise hormonal e/ou ecografía vaxinal se se debe a unha menopausa como consecuencia dunha esterilización.
- **Non menstruar estando en idade de facelo.** Aínda que hai que considerar tamén que non todas as mulleres con discapacidade teñen a menstruación por diferentes patoloxías, é usual que as familias ou centros elixan, sen o consentimento informado das mulleres, un método anticonceptivo, que en moitos casos as deixa case toda a vida sen ciclo menstrual.
- **Ingresos hospitalarios ou intervencións cirúrxicas inespecíficas.** Se unha muller non é capaz de contar exactamente que pasou ou en que consistiu esa intervención, é un indicador de sospeita ou de risco de esterilización ou anticoncepción forzosa.
- **Considerar a hipótese da violencia sexual** e aplicar os instrumentos de detección dispoñibles; valorando como unha consecuencia ou unha condición para a súa facilitación a VR.

Explorar coas mulleres **se sufriron abuso na infancia**, dado que tamén se vincula e é importante para evidenciar que este tipo de VS vai unida á VR. Ao mesmo tempo, débese prestar especial atención ás situacións de incapacitación, o que agora se denomina estar suxeita a medidas de apoio. Verificar se o seu titor ou titora ou a persoa de apoio é o seu agresor ou agresora.

Ante a sospeita de AEAF, **adoita preguntarse de forma sinxela e directa** sobre situacións que puideron levar á violencia reprodutiva:

- Nas **consultas médicas** ás que acudan as mulleres acompañadas por persoas de apoio ou os profesionais da saúde coa formación pertinente.
- Na **atención social a mulleres** con discapacidade nas entrevistas de acollida e seguimento. Trátase de preguntas directas con respostas pechadas, sinxelas, fáciles, directas e sen dar nada por feito. Facilitáronse **dous exemplos tipo**:
 - **Exemplo 1:** Muller que acode a un servizo porque, tras sufrir violencia sexual, quedou embarazada e expresa que se lle practicou un aborto ou aparece no informe médico, pódese preguntar directamente a ela: Pero ti querías ter o bebé ou querías abortar?

- **Exemplo 2:** Muller vítima de violencia sexual que acode a centro de atención a vítimas desta violencia e á que se lle poidan realizar preguntas como:
 - Coñece os seus dereitos sexuais e reprodutivos?
 - Coñece os métodos anticonceptivos e que información manexa sobre eles?
 - Está a utilizar ou utilizou algún método anticonceptivo ata ese momento? Cal é? Que información ten sobre el: duración, protección fronte ás ITS, contraindicacións e efectos secundarios etc.? Só ten o que lle puxeron sen máis? Porque se a muller non coñece os principais métodos anticonceptivos, posiblemente teñamos que sospeitar que poida estar esterilizada.
 - Lembra que tivese algunha intervención cirúrxica recente e de que tipo?

Cando ti lles preguntas ás mulleres que nese momento están con certos tratamentos anticonceptivos, do tipo que sexa, orais ou parches, un pouco a mensaxe que se lles contou de por que se lles fixo a ligadura de trompas é porque era o mellor tratamento. E claro, non hai ningún tipo de evidencia científica. Todo fóra da realidade, pois dicíanlles que é para o calcio ou contábanlles que para as crises epilépticas. Ou sexa, como podes dicir que é contradictorio ese tratamento ou por que lle prescribes algúns que ademais son irreversibles? Non, cando non hai estudos. (E3)

7.3.2.2. Itinerarios e procedementos de atención

A atención e o acompañamento ás vítimas

A atención ás mulleres vítimas de VR depende **das súas necesidades de apoio para a comunicación**, que deben priorizar a expresión e a comprensión por si mesmas da situación de violencia vivida. Este sería o primeiro punto de partida de calquera itinerario de atención: a **accesibilidade universal** (véxase ao respecto o punto 5.3, Necesidades das mulleres vítimas).

A práctica da canle de apoio sociolegal para mulleres VVX con parálise cerebral da Confederación ASPACE serve de exemplo para entender a **centralidade que a accesibilidade debe ter na atención** a estas mulleres. No caso da canle de apoio sociolegal, a atención considérase do seguinte modo:

- Calquera muller con capacidades suficientes de lectoescritura pode escribir mensaxes de WhatsApp (ou mensaxes electrónicas).
- A comunicación coas profesionais pode ser mediante a gravación de audios e vídeos, o que permite poder escoitala de forma repetida e contar con logopedas. Isto é de especial utilidade con mulleres con distintos graos de disartria¹¹⁷, o cal podería ser asimilado ao caso de intérpretes e mediadoras culturais para mulleres de orixe estranxeira cun limitado nivel de castelán (ou lingua cooficial).
- Poden empregarse de forma complementaria —parcial ou totalmente— sistemas aumentativos e alternativos de comunicación que se requiran¹¹⁸ (SAAC), así como contar con apoios técnicos profesionais: logopedas, intérprete de LSE, mediadoras comunicativas. Iso podería facerse extensivo a intérpretes doutras linguas ou mediadoras culturais no caso doutros perfís de vítimas.

Durante todo o itinerario de atención tense presente que **a interlocutora sempre é a propia muller** e, nos casos que o precisen, con apoio técnico das figuras profesionais.

Este aspecto é determinante para a fase de acollida da muller vítima, polo que, na medida en que se poida, **se deben planificar e anticipar estes apoios**. O ideal é que os facilite o propio servizo de maneira gratuíta como parte dos seus dereitos.

A **fase de acollida** é clave para establecer o vínculo entre o profesional e a muller vítima da VR. Debe apoiarse nun procedemento sistematizado que guíe a actuación profesional (un protocolo). Este, polo xeral, comprende presentarse, practicar a observación e a escoita activa

¹¹⁷ A disartria é un trastorno da execución motora da fala. Os músculos da boca, da cara e do sistema respiratorio pódense debilitar, moverse con lentitude ou non moverse en absoluto despois dun derramamento cerebral ou doutra lesión cerebral. É bastante común en persoas con parálise cerebral.

¹¹⁸ Os sistemas aumentativos e alternativos de comunicación (SAAC) son formas de expresión diferentes da linguaxe falada que teñen como obxectivo aumentar e/ou compensar as dificultades de comunicación e a linguaxe de moitas persoas con dificultades nesta área. Os SAAC non son excluíntes da linguaxe falada, senón que son unha forma de expresión complementaria. Entre eles está o uso de pictogramas, de linguaxe signado ou mediante produtos de apoio á comunicación, como taboleiros, que poden ser tipo caderno ou tecnolóxicos mediante tabletas ou PC, con programas especiais, braille, lectura fácil, pictogramas, dispositivos multimedia de fácil acceso, sistemas de apoio á comunicación oral e lingua de signos, sistemas de comunicación táctil e outros dispositivos que permitan a comunicación. Véxanse algúns dos sistemas dispoñibles no artigo 4 do Real decreto 674/2023, do 18 de xullo, polo que se aproba o Regulamento das condicións de utilización da lingua de signos española e dos medios de apoio á comunicación oral para as persoas xordas, con discapacidade auditiva e xordocegas (acceso); na Lei 6/2022, do 31 de marzo, de modificación do texto refundido da Lei xeral de dereitos das persoas con discapacidade e da súa inclusión social, aprobada polo Real decreto legislativo 1/2013, do 29 de novembro, para establecer e regular a accesibilidade cognitiva e as súas condicións de esixencia e aplicación (acceso).

do relato da muller, dándolle credibilidade ao que expresa, contendo a angustia, apoiándose nun guión de preguntas para a entrevista que permita un bo rexistro de cada atención.

Faise fincapé en que as mulleres vítimas **sexan protagonistas dos seus procesos** e da toma de decisións ao longo da recuperación.

É importante saber diferenciar que as necesidades percibidas, ás veces, polos equipos profesionais non sempre concordan nin coinciden coas demandas expresadas por parte das propias mulleres ou nenas con discapacidade ou enfermidades raras. E iso ten que ver con que, ás veces, tomamos o permiso de non lles preguntar, senón de supoñer, de dar por feito... Así, creo que a miña prioridade sería esta, pois imos preguntarlles a elas, imos xerar escenarios e imos ver as respostas. (E3)

A atención **non debe estar centrada na denuncia**, que no caso da VR é pouco ou nada probable que a muller denunciase ou queira facelo.

As prácticas das entidades mostran que un dos aspectos que primeiro se lles explica ás vítimas é, precisamente, que **non se vai levar a cabo un procedemento de denuncia ata que elas non decidan facelo** e que, se o fan, se lles vai explicar cales son as expectativas e as garantías do proceso.

A vítima ten que decidir cando e como quere denunciar, se é que o fai. Priorízase sempre a abordaxe psicolóxica que as apodere para a denuncia e sempre se conta co acompañamento legal no devandito proceso.

De acordo coas profesionais entrevistadas, o proceso de denuncia complícase enormemente cando a VS ou a VR, ou ambas, se producen no ámbito familiar máis próximo. No caso das mulleres con discapacidade, implicaría a denuncia á principal fonte de apoio cotián da vítima, da cal depende.

Cando é o caso da familia, as mulleres teñen unha sensación de estar desamparadas, elas mesmas tenden a deixarse embobar pola familia, moito máis que se fose a parella ou a exparella. Isto acentúase porque ademais elas, ao teren esa situación de dependencia física e comunicativa tan elevada, é como «se me desaparece a miña familia, estou soa no mundo». E4

A primeira premisa é o descoñecemento que teñen con relación ao seu corpo e non soamente con cuestións de anatomía, senón cuestións de fisioloxía. (...) Elas non son conscientes e teñen, ademais, interiorizada a idea de que o seu corpo non lles pertence e que non poden tomar decisións sobre ese corpo, de que a súa opinión se vai considerar, ata o punto de que pasaron cousas feas, que houbo situacións de violencia. (E3)

A integridade física e a seguridade das mulleres é o único criterio de excepcionalidade que debe guiar a actuación profesional en materia de VCM, e iso esténdese aos casos de VR. En xeral, as prácticas analizadas identifican «a denuncia» como unha actuación froito dun proceso de intervención.

Unha vez que a muller vai avanzando coa psicóloga, volve formularse a abordaxe legal e que ela decida. O itinerario que seguimos é: pónote en lugar seguro, é dicir, esa abordaxe social e de acompañamento para a saída, despois a abordaxe psicolóxica de recuperación e, por último, a abordaxe legal se a muller o decide. (E5)

Os protocolos que existen en VX e VS sinalan que, cando a muller verbaliza que está a sufrir violencia, se traballa directamente cun *plan de emerxencia* e se seguen os protocolos que existan segundo o risco (que no caso da VR non existen, pero aplícanse os de VS).

Se o risco é moi alto e a muller o decide, é acompañada a denunciar. E se o risco é baixo, trabállase na comprensión da situación e o acompañamento na toma de decisións mediante a información e o asesoramento adecuados.

Na **fase de coordinación e derivación**, tras avaliar cal é a situación persoal no relativo á seguridade/integridade, dependendo do risco, pónense en marcha os recursos sociais necesarios e, se é preciso, apártase a muller do ámbito onde se está producindo esa violencia ou se produciu.

En caso de **urxencia ou emerxencia**, procédese á procura do recurso de aloxamento que se adapte ás circunstancias e necesidades da vítima dentro dos recursos públicos.

No caso das mulleres con discapacidade, como xeralmente a resposta é que non existen (porque non son accesibles), habílitase un recurso de aloxamento de emerxencia dentro da rede asociativa das organizacións.

Unha vez habilitado este recurso de urxencia, iníciase a abordaxe psicolóxica que, de novo, dada a falta de formación en discapacidade (ou prácticas nocivas) dos recursos humanos dos recursos públicos, non están adaptados ás vítimas de VR.

O proceso de recuperación da vítima (algunhas entidades denominárona «**reconstrución acompañada**») céntrase no apoderamento individual; tamén mediante a atención psicolóxica e as actividades grupais.

O enfoque de traballo dos grupos responde á noción de «**apoderamento colectivo**», mediante grupos de mulleres heteroxéneos, compostos por cinco ou seis mulleres, centrados en

prevención secundaria: deconstruír falsas ideas sobre a violencia que sufriron, eliminar a autculpabilización, a capacitación en educación afectivo-sexual.

Escoitar outros testemuños doutras persoas tamén é curador e beneficiaas, no fondo tamén o que necesitan é ter respostas de por que e para que se actuou dese xeito con elas. (E3)

Os recursos, infraestruturas e coordinación

Unha perspectiva integral na atención implica unha mirada multidisciplinaria aos **recursos humanos** dispoñibles. Nas prácticas analizadas, os recursos dispoñibles fundamentais son profesionais do ámbito da psicoloxía, traballo social, dereito, educación social e mediación comunicativa (en diferentes especialidades segundo a discapacidade, logopedia, LSE, xordocegueira etc.).

Así mesmo, considérase imprescindible o acceso a sexólogas, matronas-enfermeiras, xinecólogas e médicas de atención primaria e psiquiatras, aínda que moitos destes recursos humanos son accesibles **exclusivamente mediante a coordinación e o traballo en rede**.

Unha característica importante da atención, sobre todo para as MDID, é a **continuidade na profesional de referencia**.

En canto ás **infraestruturas de atención**, destacan os mecanismos descentralizados, as plataformas de resposta por Internet, telefónicas e as aplicacións móbiles (para tableta e teléfonos intelixentes), así como os equipos itinerantes que se achegan a onde están as vítimas.

Deste xeito, **os equipos trasládanse** a atender as mulleres dentro dos seus municipios ou a outros municipios, creando equipos itinerantes e facilitando o acceso aos recursos locais dispoñibles e a súa atención. Estes deben de tratar un **mínimo de requisitos**: intimidade e seguridade.

Para as entidades entrevistadas, **a coordinación é un dos grandes retos** dos que depende a calidade da atención de todas as vítimas de violencia contra as mulleres e o acceso a recursos especializados. Tamén o manifestaron así as EELL e as organizacións nas distintas enquisas.

Deste xeito, unha das demandas unánimes é poder **implantar de forma estable un traballo coordinado** entre os servizos sanitarios, os recursos de VCM e as organizacións da discapacidade (ou outras) co obxectivo de atender adecuadamente as mulleres que poidan verse expostas a calquera tipo de violencia.

Isto mesmo pode facerse extensivo ás organizacións representantes doutros colectivos ou expertas neles, que, tal e como se indicou no capítulo 4, serían asociacións ou

entidades de atención ás mulleres xitanas, mulleres migrantes, solicitantes ou beneficiarias de protección internacional e refuxiadas, vítimas de explotación sexual e de persoas transexuais.

En xeral, as EELL e as organizacións centráronse na valoración da súa experiencia en coordinación con **respecto á VX e, en menor medida, sobre a VS**.

A súa valoración **é positiva**. Hai unha traxectoria consolidada de intervencións conxuntas e de seguimento dos casos, a pesar de que tamén se detecta a persistencia de malas praxes por parte dalgúns membros de corpos e forzas de seguridade do Estado¹¹⁹ respecto da denuncia policial.

Normalmente nós temos unha moi boa coordinación cos recursos da zona que atenden a violencia e entón, xeralmente, pois iso, pois temos unhas coordinacións logo da aceptación da usuaria e, se ela está de acordo, pois entón coordinámonos coas psicólogas ou coas traballadoras sociais do punto de violencia. Mesmo nalgunha ocasión algunha compañeira fixo intervencións conxuntas. (E1)

Algúns exemplos da coordinación entre recursos ou servizos son:

- CODISA PREDIF mantén reunións regulares coas coordinadoras provinciais do Instituto Andaluz da Muller, grazas ás cales se elaborou o *Protocolo de asistencia especializada a mulleres con discapacidade vítimas de violencia de género* (IAM, 2021). A través deste protocolo utilízase un modelo de informe consensuado que establece o procedemento de derivación.
- As entidades membros de Plena Inclusión Madrid coordínanse tanto coa propia federación territorial como cos centros de saúde sexual e reprodutiva da Comunidade de Madrid, onde destacan o labor de apoio das profesionais de enfermería nos centros.
- A CNSE ten un convenio de colaboración co programa Mujeres en Modo ON, onde se derivan para a procura de emprego. É unha iniciativa de Inserta Empleo e Fundación ONCE para promover a empregabilidade e o emprendemento.
- Na atención a menores, a CNSE deriva á Fundación ANAR, con quen ten un acordo de colaboración. Plena Inclusión Madrid emprega a súa rede a través do

¹¹⁹ Un dos varios exemplos que xurdiron no traballo de campo exemplifica a situación tipo: o caso dunha vítima que «acode a unha comisaría para denunciar e o policía dille que iso que lle está pasando non é violencia cando o seu papel é acoller a muller para que faga a denuncia e non é función súa valorar se iso é ou non violencia». Subliñan, neste sentido, o sentimento de frustración e impotencia como profesionais que aconsellaron a denuncia policial.

programa Madres con Mayúsculas, que está dirixido a prestar apoios e acompañar a nais con discapacidade intelectual e ás súas fillas ou fillos.

Non obstante, é importante sinalar que esta coordinación é custosa porque **require moita dedicación temporal** e tamén insistencia, sobre todo cando non hai instalada aínda unha **cultura de traballo en rede**.

Hai unha cuestión de falta de tempo, de demanda, de sobrecarga profesional de todos os servizos (...). É facilitar espazos e lugares, eu creo que iso sería unha das claves, non? E tempo para facelo. A atención social primaria está desbordada. Saúde mental? É que é complicado. Eu creo que a constancia é importante (...), trato de coordinarme, non me contestan, pero volvo e desde sempre a colaboración e axuda, non? A ver, necesitamos de ti, pero nós tamén che podemos facilitar.
(Entrevista anonimizada)

As **redes e espazos estables de coordinación** son fundamentais nas experiencias analizadas.

O seu obstáculo principal é a falta de recursos humanos, que fai que quen está dispoñible tenda a priorizar a atención directa sobre a coordinación, o que, a medio prazo, prexudica a calidade da intervención. Esta insuficiencia de recursos tamén implica que a coordinación poida limitarse a situacións de emerxencia.

Tanto nas experiencias coma nas enquisas realizadas (véxanse os puntos 6.1. e 6.2.), os que achegan unha perspectiva máis crítica expoñen que, na práctica, hai **obstáculos para o traballo coordinado**.

Neste sentido, sinaláronse estas cuestións que se deben ter conta:

- **Falta de actualización e consulta.** Algúns protocolos de coordinación úsanse como medio para liquidar dúbidas, pero non se revisan antes e durante a coordinación. En ocasións, son demasiado extensos e complexos, esíxense demasiados informes e supón unha burocratización excesiva. Nalgúns casos, sinálase que é necesario mellorar a formación do persoal e os procesos de intercambio de información entre servizos.
- A coordinación é máis custosa nos **municipios pequenos e municipios rurais**, así como naqueles que non contan con recursos propios. Implica que os servizos especializados se atopan centralizados na capital da provincia (incluídos os de acollida), o que xera inequidade territorial na atención ás vítimas.
- Todas as entrevistadas sitúan os maiores problemas de funcionamento da coordinación co **ámbito xudicial**. No caso das mulleres con discapacidade, isto vén determinado polo descoñecemento e os mitos sobre a sexualidade e a maternidade, a escaseza de

recursos adecuados para testificar cos apoios comunicativos que se necesitan ou a falta de credibilidade cara ás vítimas.

- **Falta de accesibilidade** dos recursos de atención de VCM e barreiras na comunicación por non garantir a universalidade
- **Falta de especificidade**, porque os protocolos xerais sobre atención a vítimas de VX non adoitan ter en conta as necesidades específicas das mulleres con discapacidade, polo que non identifican, ademais, outras violencias que lles afectan especialmente, como a VR.
- Falta de pautas para **situacións de emerxencia**, como a covid-19, na que non existían protocolos e se paralizaron varios servizos.

Tanto as EELL coma as organizacións expertas coinciden en sinalar unha serie de retos **xerais** sobre a coordinación. Foron recollidos na táboa inferior.

Táboa 5. Principais retos na intervención en materia de VR segundo tipo de entidades

| EELL | Organizacións especializadas |
|---|---|
| Revisión e desburocratización | Insuficiencia de recursos |
| Formación específica para profesionais | Mellora dos mecanismos de detección |
| Asignación competencias e dotación suficiente de materiais e RRHH | Perspectiva de discapacidade e de interseccionalidade |
| Inaccesibilidade a bases de datos comúns para solicitar axudas | Servizos inclusivos e accesibles para as vítimas |
| Risco de vitimización secundaria | Orientación dos recursos en función das necesidades das mulleres |
| Mellora da atención en situacións de crises | Consolidar a coordinación interinstitucional máis aló da emerxencia |
| | Cambios no contexto político e institucional |

Para concluír, resulta imprescindible ter en conta as ideas clave sobre os **desafíos pendentes e as claves para a sostibilidade** que caracterizan as prácticas analizadas.

Deste xeito, as informantes sinalaron os seguintes oito retos aos que se dirixe o seu traballo:

- Reto 1: Establecer unha coordinación real interinstitucional e consolidala arredor do AEF, con protocolos específicos.
- Reto 2: Incorporar a perspectiva transversal da discapacidade e a interculturalidade como eixes vertebrais do enfoque de xénero interseccionalidade.

- Considerar a heteroxeneidade das discapacidade e non o tratamento único da *discapacidade*, xa que cada tipo ten as súas especificidades e as súas necesidades concretas de atención, así como a noción de pluridiscapacidade que afrontan moitas mulleres con discapacidade.
- Reto 3: Poñer no centro as mulleres vítimas de VR e os seus dereitos.
- Reto 4: Deseñar servizos inclusivos e accesibles universalmente para todas as vítimas de VR.
- Reto 5: Concienciar e visibilizar as diferentes formas de VR que existen e especificamente o AEAF para poder avanzar na detección.
 - Incidir en que é un tipo de violencia que afecta principalmente a mulleres con discapacidade.
- Reto 6: Establecer mecanismos adecuados para a detección das VR.
 - Traballan para incorporar a detección das VR nos servizos de saúde sexual e reprodutiva, nos centros de atención a vítimas de VS, así como nos servizos de atención a vítimas doutros tipos de violencia. Para alcanzar este reto requírese da formación a profesionais.
- Reto 7: Conseguir que as mulleres vítimas de VR acudan a pedir axuda aos recursos da Rede integral para a violencia de xénero que existen en todas as CCAA.

7.3.2.3. Accións de prevención e sensibilización

As actuacións de prevención que **se dirixen a mulleres** céntranse en dous tipos de accións: por unha banda, mediante **grupos de apoderamento para mulleres**, propiciando espazos seguros e de confianza onde abordar moitas cuestións relacionadas coa súa autodeterminación, sexualidade, DSR e, doutra banda, a través de **capacitacións específicas** traballando estes mesmos contidos (véxase o punto anterior).

Nos grupos de saúde reprodutiva e todo iso, nós si que traballamos cando vén a matrona ou así, si que lles explica moi ben que métodos anticonceptivos hai, para que serve cada un, como se poñen.

(E2)

Todas as prácticas analizadas levan a cabo actividades de sensibilización dirixidas ás **familias** de nenas e mulleres con discapacidade, ben desde o traballo individualizado de información e asesoramento, ben desde accións de formación ou concienciación en temas relacionados con sexualidade e educación afectivo-sexual.

Un pai veu a unha das charlas e díxome: «Eu este tema xa o teño resolto, fixémoslle a ligadura de trompas á miña filla cando tiña 20 anos, co cal, isto xa o teño resolto». Pensei: «Vostede cre que o resolveu, pero aquí imos falar sobre a sexualidade». Despois, concretamente este pai despois da charla, achegóuseme e cambiou o discurso: «Recoiro, pois é verdade, fíxose unha intervención no corpo dunha muller sen consultala, nin informala, nin pedir a colaboración, nin tela en consideración». (E3)

En canto a outros actores, **axentes e institucións**, trabállase coas forzas e corpos de seguridade do Estado, profesionais do ámbito da saúde sexual e reprodutiva, estudantes de disciplinas da saúde e de ciencias sociais e con operadores xurídicos.

As experiencias analizadas teñen un compromiso cos movementos en defensa dos dereitos das mulleres e os dereitos das persoas con discapacidade e enfermidade mental. Polo tanto, lévanse a cabo múltiples accións de sensibilización dirixidas á **sociedade en xeral** a través de charlas en institutos, participación en diferentes xornadas ou encontros, mediante campañas de sensibilización.

Ilustración 6. Difusión de charla informativa. SAVIEX - Cerme Extremadura

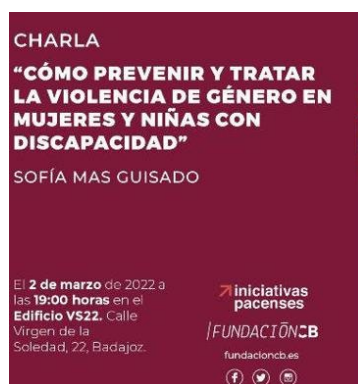


Ilustración 7. Difusión de formación especializada. CODISA PREDIF Andalucía



Fonte: HOY Solidario¹²⁰

Fonte: Twitter CODISA-Predif¹²¹

En todas as accións ten un peso importante o traballo de romper **mitos** arredor das mulleres con discapacidade, así como de dar unha **imaxe positiva** delas, dando a coñecer a violencia que padecen e, sobre todo, lanzando á sociedade a

¹²⁰ HOY Solidario. Acceso

¹²¹ Twitter CODISA-Predif. Acceso

idea de que as mulleres con discapacidade «non son eternas nenas» e poden exercer os seus dereitos sexuais e reprodutivos.

Todas sinalan que **non se pode falar «delas» sen contar con «elas»**, polo que nas súas accións de sensibilización prestan os apoios adecuados para que sexan as propias mulleres con discapacidade as protagonistas e que sexan, por exemplo, as que imparten a formación ou relatan os seus propios testemuños.

8. Xestación subrogada ou por substitución

8.1. Caracterización da xestación subrogada ou por substitución

8.1.1. Dimensións e aspectos clave

A xestación subrogada ou xestación por substitución (en diante, XS) é unha forma de explotación **reprodutiva das mulleres** e, por iso, unha forma de violencia contra as mulleres (VCM). En España é unha práctica ilegal e a Comisión Europea estableceu con claridade a relación desta práctica coa trata de mulleres con fins de explotación.

A XS alude ao conxunto de procedementos polos que unha muller acaba xestando un ou varios embrións (ten un embarazo), froito da fecundación do seu propio óvulo ou da transferencia de embrións, e dá a luz un ou varios nenos para unha empresa, para outra persoa ou para unha parella.

Aínda que existe un **profundo debate sobre a regulación** desta práctica baixo os principios do altruísmo (Regalado Torres, 2017; Piña Sempertegui, 2019; Zegarra Vázquez, 2022), iso transcende o acordo entre particulares con vínculos persoais (previos ou non) e é unha práctica que se caracteriza polo seu desenvolvemento comercial no ámbito mundial (Balaguer, 2017; Marrades Puig, 2017; Serrano Ruíz-Calderón, 2017; Salazar Benítez, 2018; Guerra Palmero, 2018).

A XS supón un tipo de VCM moi específico, que **tende a supoñer outras formas de VR**, como é a violencia obstétrica e o aborto forzado, e que, ademais, pode constituír un **delito internacional**, xa que afecta a mulleres que poderían ser suxeitos de protección internacional no noso país, dada a súa vinculación coa trata de mulleres con fins de explotación.

A XS vulnera dereitos fundamentais recoñecidos tanto no ámbito estatal como internacional, como o dereito á vida, o dereito á integridade física, o dereito á liberdade de decisión —que, a pesar de que se formula como o principal argumento a favor da XS, queda totalmente supeditado aos desexos dos comitentes ou á propia efectividade do contrato de XS en determinados supostos—, o dereito á saúde, a autonomía do paciente, os dereitos sexuais e

reprodutivos, a liberdade deambulatoria e o dereito á dignidade e, no caso dos menores, o dereito a coñecer a súa orixe e identidade (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017).

A Comisión Europea (2020) recoñece que **a trata de seres humanos** a través da maternidade subrogada é unha forma de explotación, un patrón emerxente ante o cal mulleres e nenas son especialmente vulnerables. As vítimas de trata destinadas a outras formas de explotación (entre as que se atopa a XS) representarían o 18 % do total das vítimas de trata segundo a Comisión Europea (2020).

As expertas consultadas na investigación subliñaron que **a XS é, fundamentalmente, unha forma de VR comercial**, o que implica prestar atención ás formas nas que o capitalismo como sistema económico conflúe co patriarcado para formular formas específicas de violencia contra as mulleres (González López; López Paredes; Nuño Gómez; Trejo Pulido). Ambas as dúas se consideran sistemas interdependentes de opresión.

Ademais da XS, este é o caso tamén da explotación sexual na prostitución e outras derivadas da industria sexual. Son violencias que desde a perspectiva contemporánea non se entenden sen a comprensión da intersección entre capitalismo e patriarcado (Fernández-Martorell, 2018).

O modelo capitalista neoliberal atopou na XS unha oportunidade de ganancia a través da necesidade de dúas partes. Por unha banda, dos pais de intención sen posibilidade de ter descendencia de forma natural e que buscan de forma desesperada, en ocasións pola presión social e familiar, calquera forma para ter un fillo co seu mesmo ADN. E, doutra banda, das mulleres en situación de vulnerabilidade que atopan recursos económicos que poderían paliar (Szygendowska, 2021).

A pesar diso, **as características da XS son moi pouco coñecidas** polo conxunto da sociedade que, en xeral, manexa estereotipos fomentados polas empresas comercializadoras que ocultan as consecuencias sobre as nais xestantes e encobren as situacións de coerción e violencia ás que adoitan estaren sometidas. Iso ten como consecuencia **a normalización da práctica e a invisibilidade do abuso**.

Deste xeito, **é unha forma de violencia contra as mulleres que non é recoñecida como tal** en moitos lugares e por moitos axentes. Certamente, desde unha perspectiva internacional, existen diferentes enfoques sobre esta práctica, na súa maioría arraigados na sociedade e lexislación dos diferentes países.

A pesar de que as razóns polas que as mulleres consenten inicialmente esta práctica é **o acceso a un ingreso**, estímase que as nais xestantes só percibirían o 0,9 % do volume de negocio mundial. A estimación das cifras de negocio da XS no ámbito mundial sitúase arredor dos seis millóns de dólares ao ano, polo que algunhas expertas falan de **proxenetismo reprodutivo** (Nuño Gómez, 2016; Trejo Pulido, 2017).

A falta de recoñecemento condiciona, por suposto, a normativa ao respecto, pero tamén o grao de sensibilización social e institucional. Neste sentido, a miúdo se emprega unha **perspectiva afastada dos dereitos das mulleres e das súas vivencias** e se pon o foco sobre o proceso de nacemento dun fillo ou filla desexado pola parte compradora. A xestación convértese nun medio *menor* para este fin e prodúcese a **deshumanización** da nai xestante. Esta perspectiva de invisibilización vese favorecida polo debate social sobre os dereitos de recoñecemento dos/das menores xestados e, polo tanto, polos intereses das persoas que recorren a esta práctica para ter un bebé.

Deste xeito, **subordínase a integridade física e a saúde das nais xestantes cuxos corpos son imprescindibles**, que son as que sofren a continua vulneración ou mesmo a perda total dos seus dereitos durante a xestación, antes e despois dela. Como se explicaba no capítulo 2, «Violencia contra a capacidade e o dereito á reprodución», a xestación subrogada comprende un **conxunto complexo de prácticas comerciais, sanitarias e administrativas** que supoñen un *continuum* de vulneración de dereitos fundamentais para as mulleres que son vítimas desta e que vai máis aló da xestación mesma.

A perspectiva feminista axuda a comprender como a noción patriarcal sobre as mulleres minimiza a ovulación, a implantación embrionaria, o embarazo, dar a luz e afrontar un posparto. O conxunto da sociedade, o sistema sociosanitario e as propias mulleres **infravaloran o papel das mulleres na reprodución, o seu valor e os seus custos**.

Tal e como sinalan investigadoras como Fernández-Martorell (2018), todos estes procesos quedan relegados como feitos secundarios, «automáticos». No seu conxunto supoñerían un proceso natural onde todos **os subprocesos psicolóxicos e emocionais, fisiolóxicos e sociais son por completo minimizados nas vidas das mulleres**.

Óbviose e simplifícase todo arredor da noción de «xestación», que se concibe como unha «función básica» para calquera muller, que non ten maior relevancia. Fronte a iso, pasa a un primeiro plano a tecnoloxía (esfera masculina por excelencia), que é a protagonista. A técnica de reprodución asistida (a fecundación *in vitro*) ocupa, xunto co

acto administrativo fronte ao Estado do rexistro do bebé, os relatos de en que consiste a XS; e as mulleres, que son as únicas que poden facer todo iso posible, son conceptualizadas como suxeitos pasivos portadores dos produtos «neno»/«nena» (Fernández-Martorell, 2023).

«No caso da xestación subrogada, as **analoxías co proceso produtivo fábricas de bebés**¹²² son evidentes e a cousificación das mulleres xestantes non se pode considerar como un avance da liberdade, senón como un retroceso cara á escravitude» (Guerra Palmero, 2018: 49). Polo tanto, é preciso adoptar un **enfoque interseccional** no estudo da XS e poñerlle fin á mercantilización do corpo das mulleres neste e noutros ámbitos (Guerra Palmero, 2018).

Respecto das **diferentes denominacións** que recibe a XS, estas dependen do aspecto que se queira destacar —e tamén da valoración ética que se faga— e coñécese como xestación subrogada, maternidade subrogada, ventre de alugueiro, xestación por substitución, maternidade de alugueiro, maternidade por substitución etc. (Comité de Bioética de España, 2018). Porén, o movemento feminista prefire incidir na noción de xestación comercial ou maternidade comercial para poñer o foco nas empresas, que son as que fomentan esta práctica e desenvolven as prácticas de violencia contra as mulleres xestantes.

Sublíñase, xa que logo, que **os procesos vitais non se poden nin subrogar nin substituír**, mentres que «ventre de alugueiro» remite só a unha parte do corpo (coma se non se vise comprometido todo o organismo no seu conxunto) e é menos respectuoso coas xestantes (que non son meros ventres) (Nuño Gómez, 2023).

Dentro da discusión sobre a terminoloxía, os **termos máis comúns** son a noción de *ventres de alugueiro*, *maternidade por substitución* ou *xestación subrogada*, que se empregan como eufemismos desta complexa práctica.

En canto ao primeiro termo, o correcto sería falar de *nai de alugueiro* —en lugar de *ventre de alugueiro*—, xa que non se contrata só o ventre, senón a muller na súa integridade para que leve a cabo unha xestación que os pais/nais de intención non poden ou non desexan levar a cabo. «Tampouco parece correcto falar de “maternidade

¹²² A UNESCO empregou o termo «fábrica de bebés» en 2006 para referirse aos centros clandestinos de Nixeria aos que traficantes de persoas levaban, mediante enganos ou secuestros, mulleres novas con embarazos non desexados ou mulleres que eran violadas ata deixalas embarazadas para logo vender os bebés (Holguín, 2020).

por substitución”, xa que desde a perspectiva biolóxica e xenética a maternidade non é substituíble: ou hai maternidade xenética (a nai que achega o óvulo) ou hai maternidade fisiolóxica (a nai xestante)» (Comité de Bioética de España, 2018: 9).

Neste sentido, a OMS sinalou que a xestante subrogada «é a muller que leva adiante un embarazo acordando que ela entregará o bebé aos pais previstos. Os gametos poden orixinarse dos pais previstos e/ou de terceiros» (2010).

A XS tende a ser presentada de forma reducionista en tres partes: (1) a muller xestante, (2) o pai/nai ou pais intencionais ou comitentes e (3) o bebé ou bebés nacidos mediante esta práctica. Segundo as relacións entre as partes e as variables que interveñen, existen diferentes modalidades de XS que son representadas do seguinte modo (véxase a táboa):

Táboa 6. Modalidades actuais de xestación subrogada

| Variable | Tipos de XS |
|--|--|
| Acordo retributivo | <p><u>XS altruísta</u>: a muller xestante non recibe un pagamento por iso, aínda que si pode haber unha compensación por gastos, danos ou perda de ingresos derivados do proceso de xestación.</p> <p><u>XS comercial ou lucrativa</u>: (a máis practicada) a muller xestante obtén unha retribución económica que é superior á compensación dos gastos e molestias sufridas pola xestación.</p> |
| Orixe da dotación xenética do bebé | <p><u>XS xestacional ou plena</u>: a muller xestante achega «unicamente» a capacidade xestacional do útero. Mediante esta técnica renúnciase aos dereitos sobre o bebé nacido. Pódense dar tres situacións:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empréganse gametos de ambos os pais de intención. • Os dous gametos proceden de doadores ou de doazón de embrións. • Un dos proxenitores achega un gameto mentres o outro procede de doazón. <p><u>XS tradicional ou parcial</u>: a muller xestante proporciona tamén o óvulo —que polo xeral non é manipulado— (esta práctica está case en desuso).</p> |
| Relación afectiva ou familiar coa muller xestante | <p><u>XS intrafamiliar</u>: se a muller xestante pertence á familia dos pais de intención (nai, irmá, filla, tía etc.). Neste caso, o bebé terá un dobre vínculo coa xestante: o derivado da xestación e o da filiación legal.</p> <p><u>XS extrafamiliar</u>: se a muller xestante non ten relación familiar cos pais intencionais.</p> |
| Condicións de entrega do bebé | <p><u>XS con renuncia antes do parto</u>: a muller xestante renuncia á maternidade antes do nacemento do bebé, polo que este será entregado tras o parto. É a forma habitual da XS comercial.</p> <p><u>XS sen renuncia antes do parto</u>: pódese acordar coa xestante que non renuncie de forma previa e que poida decidir nos días posteriores ao nacemento se entrega finalmente o bebé.</p> |
| Territorio | <p><u>XS nacional</u>: os pais intencionais levan a cabo a XS no mesmo país onde residen.</p> <p><u>XS internacional</u>: os pais de intención acoden a outro país distinto ao que residen para realizar a XS.</p> |

Elaboración propia

Baixo a concepción triangular, **o resto de figuras do proceso quedan moi invisibilizadas, pero son igual de relevantes** para comprender a dimensión do problema:

- **A empresa captadora** de mulleres xestantes e a comercializadora da práctica (se non é a mesma), os seus procedementos e prácticas e o beneficio económico que obteñen.
- **Os establecementos e profesionais sanitarios** que interveñen no proceso de preparación hormonal e tratamentos para a implantación e xestación do embrión e o

resto da atención sanitaria á nai, incluídas interrupcións do embarazo, abortos espontáneos, o parto e o posparto (se o cobre).

- **Axentes institucionais** de rexistro administrativo e legal dos bebés aceptados pola parte compradora; que abarcan os estados onde viven as nais xestantes e os estados onde viven os compradores.
- **Os nenos e nenas que son rexeitados** e, polo tanto, as súas vidas posteriores.
- **As institucións** que se fan cargo das criaturas rexeitadas.

Así mesmo, debemos considerar no debate **os dereitos dos nenos e nenas nacidos por XS** (Balaguer, 2017) e os seus futuros dereitos a coñecer a súa proxenitora xestante¹²³.

A maternidade subrogada é, pola súa propia natureza, caldo de cultivo para a explotación, o abuso e o tráfico de persoas, e non só nos países en vías de desenvolvemento. Nos Estados Unidos, no ano 2015 desmantelouse unha rede de avogados que creara un inventario de bebés non nacidos para vendelos ao prezo de 100 000 dólares utilizando a XS (Profesionales por la Ética, 2015: 9).

8.1.2. Prevalencia do problema

Non existen rexistros estatísticos específicos sobre o fenómeno, polo que resulta difícil cuantificar o verdadeiro alcance e as dimensións desta forma de VCM.

Adoita realizarse unha aproximación cuantitativa ao problema a través dos rexistros en embaixadas e consulados. Desta forma, a través das **embaixadas e consulados** e outros procedementos rexistrados pode identificarse o número de nenas e nenos que son rexistrados¹²⁴ por persoas de nacionalidade española, así como os seus países de nacemento, o que permite unha aproximación á problemática. Non obstante, trátase dunha **visión parcial e nesgada**, xa

¹²³ No ano 2020, o Comité de Bioética de España elaborou un informe no que recomendaba a modificación do artigo 5.5 da Lei de reprodución humana asistida para eliminar o anonimato na doazón de gametos. España era un dos poucos países europeos, con Francia e Italia, que aínda o mantiña.

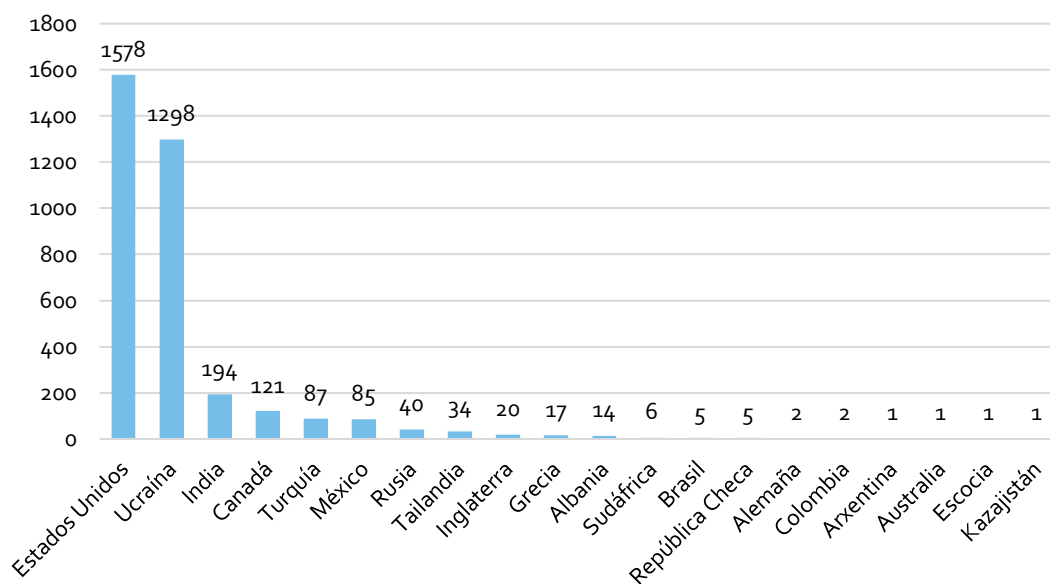
¹²⁴ Como parte desta investigación, realizouse unha solicitude ao Ministerio de Asuntos Exteriores e á DGVI sobre os datos actuais de solicitudes de rexistro de bebés nos rexistros civís dos consulados españois. O Ministerio de Asuntos Exteriores —vía portal de transparencia— facilitou en xullo de 2023 os datos dispoñibles sobre o «número de solicitudes presentadas nas oficinas consulares españolas entre os anos 2010 e 2022 para a inscrición de menores nacidos mediante técnicas de xestación por substitución», mentres que a DGVI —vía correo electrónico— respondeu que non dispón de datos ao respecto.

que se atende ás e aos menores — neste caso en relación co seu rexistro civil— e non ao **número real de mulleres que son vítimas** de XS en calquera das súas formas.

Os datos achegados polo Ministerio de Asuntos Exteriores para responder á consulta realizada neste estudo indican que **entre o ano 2010 e o ano 2022 se realizaron 3512 solicitudes de inscrición** de bebés nados por XS en consulados españois de diferentes países

Respecto dos **países de orixe**, Os Estados Unidos (EEUU) con 1578 solicitudes (supoñerían o 44,9 % do total) e Ucraína con 1298 (o 37,0 %) son os dous lugares nos que se realizaron maior número de solicitudes no período 2010-2022, aínda que hai máis países, como pode verse no gráfico seguinte.

Gráfico 9. Solicitudes presentadas nas oficinas consulares españolas para a inscrición de menores nados mediante técnicas de xestación por substitución por países (2010-2022)



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do Ministerio de Asuntos Exteriores solicitados vía Lei de transparencia (2023)

A diferenza no número de solicitudes **nos EEUU e en Ucraína fronte ao resto de países é elevada** e ten que ver, fundamentalmente, coa lexislación de cada territorio en materia de XS e tamén co custo ou o prezo do «servizo» que ofertan as distintas empresas.

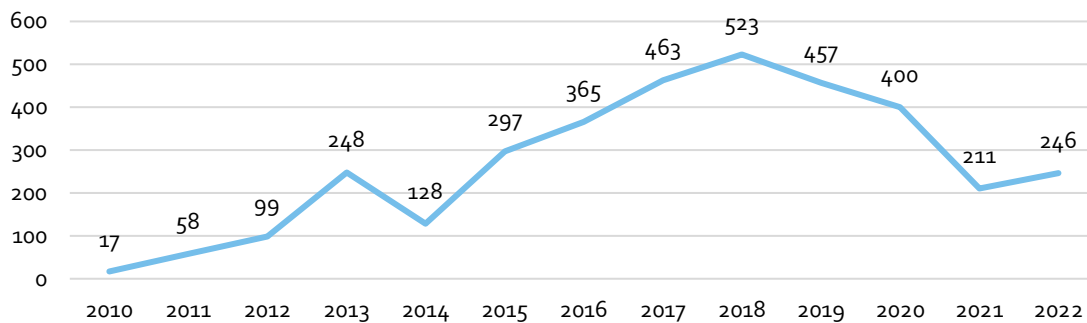
Non obstante, estes datos só mostran unha pequena parte da realidade e é difícil de cuantificar o número total de persoas de nacionalidade española que tiveron fillas ou fillos por XS. Moitas optan por inscribir directamente estes bebés ao chegaren a

España, no Rexistro Civil Central, onde non se recolle ningún tipo de dato relacionado coa xestación. Hai, polo tanto, unha probable subestimación do fenómeno.

É necesario sinalar que o descenso do número de solicitudes de inscrición nos consulados a partir de 2019 indica que **cada vez son máis os bebés que se rexistran directamente en España.**

Unha explicación que encaixa con esta hipótese é que neste ano, en 2019, se ditou ao respecto a Instrución do 18 de febreiro de 2019, da Dirección Xeral dos Rexistros e do Notariado, sobre actualización do réxime rexistral da filiación dos nados mediante xestación por substitución, que considera que os rexistros civís en consulados só poderán facerse nos casos nos que exista unha sentenza en firme da autoridade xudicial do país correspondente.

Gráfico 10. Evolución do número de solicitudes para inscribir bebés nados por XS nos consulados españois por anos (2010-2022)¹²⁵



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do Ministerio de Asuntos Exteriores solicitados vía Lei de transparencia (2023)

As coalicións de ONG feministas que levan un seguimento do fenómeno (como CIAMS, Stop Surrogacy Now ou RECAV), que alertan sobre a violación de dereitos humanos das nais xestantes, sinalan que, ao non existir un rexistro ou cuantificación do número de mulleres afectadas, é moi difícil dimensionar o problema.

¹²⁵ Os datos para 2013 presentan un pico debido a que se contabiliza neste ano o número de solicitudes efectuadas no Consulado Español de Nova Deli (Asia) entre 2010 e 2013, que ascende a un total de 90 solicitudes, debido a que non se dispón destes datos desagregados por anos.

8.3. As mulleres vítimas e as consecuencias desta VR

A maior parte da literatura céntrase no debate bioético e legal sobre a XS (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 e Serrano, 2018; Piña Sempertegui, 2019; Zegarra Vásquez, 2022). Apenas existen investigacións centradas nas experiencias das mulleres como nais xestantes subrogadas, polo que as mulleres vítimas desta violencia reprodutiva (VR) e as súas necesidades son aínda moi pouco coñecidas.

8.3.1. Características das mulleres vítimas

Existe un consenso entre persoas investigadoras e expertas no eido da XS sobre que se trata de mulleres **en situación de vulnerabilidade** socioeconómica as que poñen o seu corpo ao servizo da XS comercial (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Albert Márquez, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020; Pardo Mirando, 2023). Iso ocorre **en calquera país** e especialmente naquelas sociedades ou contextos culturais nos que persiste de maneira máis notable a subordinación das mulleres con respecto aos homes, onde estas se atopan especialmente desprotexidas ante a instrumentalización do seu corpo e o consecuente emprego para fins alleos (Aparisi Miralles, 2017; Nuño Gómez, 2020).

As vítimas son mulleres novas en idade reprodutiva, de entre 25 e 35 anos, que polo xeral xa foron nais con anterioridade, características coas que se pretende asegurar a viabilidade do embarazo. Son mulleres que polo xeral carecen de formación e teñen poucas ou nulas oportunidades laborais. Xeralmente están desempregadas ou desempeñan traballos precarios na economía informal. (E8)

Algúns estudos sinalan que menos do 4 % son mulleres que cursasen estudos universitarios e máis do 40 % atópase en situación de desemprego e/ou percibe axudas sociais (Trejo Pulido, 2017).

Trátase, polo tanto, de mulleres nunha **situación de vulnerabilidade extrema** que non teñen recursos económicos ou son moi escasos. De feito, a causa máis habitual pola que unha muller se involucra na XS é a económica (Casciano, 2018).

Esta decisión tómaa a parella se a muller está casada. Neste sentido, **o marido da vítima** pode ter un papel fundamental na toma de decisións, por encima da propia muller xestante que, con frecuencia, se pode atopar nun rol de subordinación

emocional, social e legal ao seu marido que limita a súa autonomía ou mesmo nunha situación de violencia de xénero (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Albert Márquez, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020; Pardo Mirando, 2023). Así mesmo, como sinala a Comisión Europea, pode tratarse dunha muller vítima de trata con fins de explotación reprodutiva.

O fin último que perseguen as xestantes é lograr **mellorar o seu status socioeconómico e poder manter as súas familias** (Abell-Selby, 2019); por exemplo, que os seus fillos reciban educación e se libren da pobreza (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Un feito que sinalan algúns estudos é que as mulleres xestantes que xa tiñan fillos antes de someterse á XS non tiveron a capacidade económica para alimentarse adecuadamente durante os seus embarazos anteriores, en cambio, durante a subrogación esta situación cambia, posto que o benestar do bebé está supeditado á saúde da muller que o xesta. Isto dá unha idea do impacto que produce a chegada de ingresos económicos ás súas vidas (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

As vítimas **parten dunha situación de asimetría** (cultural, económica...) entre a muller xestante e os pais comitentes, o que pon nun risco maior a vulneración da autonomía e os dereitos da muller (Aparisi Miralles, 2017; Casciano, 2018; Abell-Selby, 2019).

Xestar un bebé para outras persoas implica un proceso que transcende a xestación. Non pode considerarse unha decisión libre cando a muller xestante se atopa nunha situación de vulnerabilidade, porque carece de suficiente autonomía para exercer o seu dereito á liberdade se se acha nunha posición de desigualdade (Aparisi Miralles, 2017; López Rodríguez, 2017; Casciano, 2018; González López, 2019; Szygendowska, 2021).

Os pais/nais de intención que viaxan a outros países —xeralmente en vías de desenvolvemento— para levar a cabo XS non afrontan as mesmas dificultades sociais nin económicas ca as mulleres xestantes. Non teñen en conta nin os custos nin as implicacións que a subrogación supón para estas mulleres, reproducindo a **vulnerabilidade física e estrutural** cara a elas.

Investigacións como as de Amrita Pande (2014) na India describen como se produce o **proceso de «recrutamento» das mulleres** xestantes e, de maneira particular, como algunhas mulleres xustifican a decisión de ser xestantes adoptando un novo *código moral*, ás veces relixioso, e deixando de lado as súas crenzas persoais, sobre o altruísmo. Tamén se investigou a influencia

que ten a desigualdade social na XS para as mulleres indias (Abell-Selby, 2019) e conclúíuse que as mulleres son explotadas ou non en función da súa clase socioeconómica.

O proceso de selección da muller xestante por parte das empresas e os pais/nais intencionais leva asociado multitude de probas e criterios, que tende a incluír criterios raciais sobre a selección da nai xestante (Profesionales por la Ética, 2015).

É habitual entre as mulleres xestantes a **incomprensión das implicacións da situación** que deben afrontar. A XS expón as xestantes a situacións nas que aumenta a súa vulnerabilidade, debido a un proceso no que perden a súa voz e están subxugadas ás **normas dun contrato**, a miúdo abusivo.

En case a totalidade das ocasións, as mulleres presentan **dificultades para entender un contrato** que xeralmente está en inglés ou nun idioma que non é o seu nativo. Mesmo na súa propia lingua, enfróntanse a unha linguaxe legal cuxas características e implicacións van máis aló da comprensión inicial do texto (como ocorre con calquera persoa fóra do ámbito do dereito). A falta de educación e de asesoramento no proceso de sinatura do contrato non só limita as oportunidades futuras destas mulleres, tamén supón un obstáculo na capacidade das xestantes á hora de negociar cos pais de intención sobre o acordo (Abell-Selby, 2019).

As nais xestantes vense **relegadas a roles dependentes**, desde os que teñen que asumir as ordes dos pais/nais de intención e persoal médico relacionado coas empresas (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Esta situación chega a implicar que algunhas vítimas asuman este papel de nais xestantes **recluídas nos centros de residencia de xestación** (Pande, 2014; Abell-Selby, 2019). É dicir, a reclusión pode formar parte do proceso da XS, sobre todo ao final do embarazo, o que implica o illamento da vítima do seu ámbito familiar e de apoio emocional (Fernández-Martorell, 2023).

Mentres que nos embarazos non comerciais a prioridade adoita ser a saúde da nai xestante, na comercial priorízase o benestar do *nasciturus* (véxase López, De Montalvo, Alonso, Bellver, Cadena, De los Reyes, Fernández, Jouve, Nombela, Romero e Serrano, 2018). O proceso de XS relega a un **lugar secundario a integridade física e a saúde das mulleres xestantes** vítimas fronte ás do feto, polo que ven suspendidos os seus dereitos durante o período de xestación, non podendo tomar, en ocasións, decisións

reprodutivas como ter un parto vaxinal fronte a unha cesárea, a pesar de que o primeiro é o máis adecuado para a súa saúde (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020).

É frecuente que a nai xestante o sexa de varios embrións porque abarata o custo do segundo bebé para a parte compradora; o que incrementa o **risco de embarazo e parto múltiple** das vítimas (Profesionales por la Ética, 2015).

Esta deshumanización acentúase cando, contrato mediante, se solicita o aborto se o feto sofre síndrome de Down ou outras características xenéticas non desexadas polos pais/nais; ou cando **se impón o aborto** dun dos fetos no caso de embarazo múltiple, como unha condición para recibir o diñeiro acordado, sen ter en conta os efectos que isto pode supoñer para a nai ou os bebés non nacidos (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017).

Sen dúbida, os debates respecto da libre autodeterminación son un aspecto susceptible de crítica nos procesos de XS, posto que a aparente liberdade de decisión está condicionada polas circunstancias económico-sociais que rodean a muller xestante (Regalado Torres, 2017).

8.3.2. Consecuencias da xestación subrogada

Os debates sociais e legislativos sobre a XS habitualmente establécense arredor da **relación patrimonial de prestación dun servizo** e non desde a perspectiva dos dereitos das mulleres. Desde o primeiro enfoque, a xestación por substitución desenvolve unha práctica de mercantilización do corpo das mulleres. Permite que as persoas con capacidade económica se sintan co dereito de comprar un bebé (Szygendowska, 2021; Nuño Gómez, 2020) e que a explotación reprodutiva das mulleres vulnerables ofrezca esa posibilidade. Xa que logo, a primeira consecuencia é a **normalización desta forma de violencia**.

A XS **contribúe á infravaloración dos corpos das mulleres e a súa función na reprodución humana, os seus custos e implicacións sociais**. Supón unha vulneración de dereitos fundamentais das mulleres e dos nenos e das nenas que chegan á vida por esta vía. A cousificación, a instrumentalización e a despersonalización da nai xestante son efectos e caracteres propios, constitutivos e inherentes á XS (Casciano, 2018).

Unha consecuencia de especial relevancia é o fomento da trata, debido a que se identificou a relación que existe entre a XS e a trata **de persoas con fins de explotación e o tráfico de menores**.

A mercantilización de seres humanos e a explotación de persoas necesitadas en países en vías de desenvolvemento son só as manifestacións máis graves desta figura. O perfil dos países que realizan a oferta e os que realizan a demanda deste tipo de xestación reforza a idea de que a xestación subrogada constitúe un vehículo de explotación de mulleres. (Pardo Miranda, 2023: 8)

As **consecuencias derivadas do proceso de xestación** que teñen que afrontar as vítimas son, sobre todo, de tipo físico e psicolóxico, pero tamén sociais e económicas.

Aínda que moitas das mulleres xestantes ven inicialmente a XS como unha oportunidade de gañar capacidade de supervivencia —no marco da feminización da pobreza e as contraxeografías da globalización (Sassen, 2003)—, o certo é que **a XS reforza as desigualdades e incrementa a vulnerabilidade das mulleres** (Aparisi Miralles, 2017; López Rodríguez, 2017; Casciano, 2018; Gonzalez López, 2019; Szygendowska, 2021).

As propias nais xestantes **minimizan o seu traballo reprodutivo e infravaloran o impacto** que ten nas súas vidas. **Infravaloran os custos físicos, psicolóxicos, sociais e económicos** que implican os procesos de xestación «sen éxito» ou ao longo do proceso.

As consecuencias físicas da XS sobre as mulleres xestantes, tanto durante o proceso coma posteriormente, inciden na **autonomía corporal e na saúde** das mulleres (Abell-Selby, 2019).

De forma previa á xestación, todas as mulleres son sometidas a análises médicas e a tratamentos hormonais. Estes difiren de se se require a fertilización do propio óvulo, e a inseminación é posterior, ou ben se realiza a implantación dun embrión.

O emprego de medicamentos para a preparación da nai xestante para recibir os embrións transferidos expón a un **risco maior de aumento da presión intracranial** (Center for Bioethics and Culture [CBC], s. d.).

É fundamental entender que o proceso que leva ao embarazo na XS **difire dunha concepción espontánea e que existen importantes detalles médicos** ata que se establece a xestación. O tratamento hormonal que provoca a ovulación na muller ten **importantes riscos para a súa saúde** (Farhud, Zokaei, Keykhaei e Yeganeh, 2019; Trejo Pulido, 2017) como, por exemplo, resultados obstétricos negativos, problemas vasculares comparados cun embarazo espontáneo (Wu, Sharma, Mehta, Chew-

Graham, Lundberg, Nerenberg, Graham, Chappell, Kadam, Jordan e Mamas, 2022; Udell, Lu e Redelmeier, 2017) ou severa deterioración da saúde mental a longo prazo (Vikström, Josefsson, Bladh e Sydsjö, 2015).

No embarazo, as mulleres asumen diferentes cambios e tamén riscos para a súa saúde. Un embarazo supón inevitablemente cambios físicos, como aumento de peso, inchazón, alteracións do apetito, aumento da micción, cambios hormonais, dor de costas ou náuseas, entre outras, que polo xeral lles afectan a todas as persoas embarazadas. Algunhas destas consecuencias, como o aumento de peso, a aparición de estrías ou unha posible cicatriz polo parto ou partos e cesáreas programadas, non desaparecen tras o parto.

Existen **complicacións que poden darse en calquera embarazo**, como embolias, anemia por deficiencia de ferro, hemorragias, diabetes xestacional, hipertensión arterial, eclampsia, hiperémese gravídica, aborto espontáneo, placenta previa, desprendemento de placenta, traballo de parto prematuro, depresión e ansiedade ou, mesmo, a morte, ao que hai que sumar os problemas que poida presentar o feto (Ministerio de Sanidade e Consumo, 2005). Pero, ademais, «xestar unha criatura que xeneticamente non é propia supón un maior risco de complicacións graves como a preeclampsia» (Trejo Pulido, 2021: 49).

No caso dos embarazos de XS, as condicións particulares de concepción, xestación e parto establecidas nos contratos expoñen as mulleres xestantes a un **proceso moi agresivo para a súa saúde física e mental** e entraña riscos para os bebés, ao tratarse dun embarazo «altamente medicalizado, tecnificado, controlado e alleado» (Trejo Pulido, 2021: 49).

As mulleres embarazadas cun óvulo doado teñen un **risco máis de tres veces superior a desenvolver hipertensión** inducida polo embarazo e preeclampsia (CBC, s. d.).

Tamén se documentaron casos de mortes de nais xestantes (CBC, s. d.).

É común que en cada intento se transfiran múltiples embrións, que, xunto á sobrehormonación á que son sometidas as mulleres, ten o consecuente aumento da probabilidade de embarazos **múltiples, asociados cun risco maior de complicacións maternas e perinatais**, como diabetes xestacional, restrición do crecemento fetal e preeclampsia, así como parto prematuro (CBC, s. d.).

Ante esta situación, **a nai subrogada non ten voz** e é a parte contratante a que decide se se realizan abortos selectivos ou se leva a cabo a xestación de dous ou tres bebés, e

se logo se quere quedar con todos os nenos ou non. Tampouco teñen capacidade de decisión sobre o parto, o cal é na maioría de casos programado e inducido, en moitas ocasións por cesárea.

Durante a XS son habituais as probas de amniocentese ou outras probas xenéticas invasivas, que teñen riscos e son dolorosas, para garantir a integridade xenética do xestado e descartar o risco de malformacións ou determinadas anomalías xenéticas (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Trejo Pulido, 2021; Profesionales por la Ética, 2015). No caso de detectarse algún problema, sométese a muller a un aborto (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Trejo Pulido, 2021; Profesionales por la Ética, 2015). Isto podería constituír outra forma de violencia reprodutiva pois podería darse a situación de aborto forzado (véxase o capítulo 4.2).

Debido ás consecuencias da XS, déronse casos nos que as mulleres xestantes se viron obrigadas a reinvestir o diñeiro que reciben na súa recuperación física e emocional e/ou para compensar o estado de baixa laboral posparto, xa que en moitos dos países onde se realiza a XS as mulleres carecen dalgúns dereitos básicos como a baixa por maternidade. (E8)

Respecto do parto e do posparto, na XS dáse unha **porcentaxe moi elevada de partos inducidos e por cesárea** (CBC, s. d.; Trejo Pulido, 2021), por petición da parte comitente para que poidan asistir ao nacemento e evitar outros riscos para o bebé durante o parto vaxinal ou por decisión da clínica, para maximizar o número de nacementos que realizan por día (Trejo Pulido, 2021), circunstancias que incrementan a probabilidade de estancias hospitalarias máis prolongadas (CBC, s. d.).

As cesáreas que se producen, en fin último, por imperativo do negocio, sen ter en conta a muller xestante, constitúen unha manifestación clara de violencia **obstétrica**, xunto a outras prácticas médicas que se realizan durante a xestación sen consentimento da muller xestante. Ademais, **as cesáreas supoñen riscos graves** (Olza, 2018; National Guideline Alliance, 2021), entre os que se atopan sangrado abundante, infección, unha recuperación máis longa en comparación co parto vaxinal e a **probabilidade de complicacións en embarazos futuros** (National Library of Medicine, 2021).

En relación co puerperio, un parto vaxinal normal dun único bebé tende a estenderse seis semanas; no caso da XS, onde o parto tende a ser por cesárea e son frecuentes os partos múltiples, as mulleres xestantes non adoitan recibir atención médica nin psicolóxica durante a **recuperación de período completo do posparto**.

As nais xestantes sofren a **ausencia e desatención** tanto da parte comitente coma dos intermediarios ou clínicas que levaron o proceso, que non asumen ningunha responsabilidade sobre a saúde da muller tras o nacemento do bebé (Trejo Pulido, 2021).

En canto ás **consecuencias físicas para o bebé**, existe maior probabilidade de que os nenos nados por XS teñan **baixo ou moi baixo peso ao nacer**, ademais de que se observa un aumento entre catro ou cinco veces superior de mortinatos nos embarazos realizados mediante tecnoloxías de reprodución asistida (CBC, s. d.).

Os bebés que sufriron consecuencias na súa saúde no proceso do parto, que presentan malformacións ou outras características non desexadas pola parte compradora son habitualmente rexeitados (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Profesionales por la Ética, 2015). Faltan estudos que permitan coñecer cal é a situación dos nenos e nenas que son abandonados.

As condicións particulares dos embarazos subrogados que, como se sinalou, se relacionan cunha probabilidade maior de embarazos múltiples, poden derivar en nacementos **pretermo**, cos consecuentes **riscos para os bebés prematuros**, como parálise cerebral, dificultades de aprendizaxe, desenvolvemento lento da linguaxe, dificultades de conduta, enfermidade pulmonar crónica e atrasos no desenvolvemento (Trejo Pulido, 2021).

As **consecuencias psicolóxicas** do proceso de XS para as nais xestantes son diversas.

A venda ou alugamento do propio corpo implica, en última instancia, a totalidade da persoa e as **secuelas psicolóxicas** da XS son evidentes. Cada vez cóntase con maior evidencia científica respecto dos lazos que se crean entre a nai e o bebé durante o embarazo, porén, algúns pretenden facerlle crer á sociedade que un ventre de alugamento é algo aséptico, sen consecuencias psicolóxicas nin para a nai nin para o fillo. (Profesionales por la Ética, 2015:6).

En moitos casos, as mulleres xestantes **requiren apoio psicolóxico** (Profesionales por la Ética, 2015; Aparisi Miralles, 2017; Nuño Gómez, 2020; Trejo Pulido, 2021). Cómpre destacar de maneira especial os **riscos existentes para a saúde mental das nais xestantes** tras o parto e separación do bebé (Profesionales por la Ética, 2015; Aparisi Miralles, 2017).

Algúns estudos sobre o estado emocional de nais subrogadas demostran que teñen **altos niveis de depresión durante o embarazo e o posparto** (Lamba, Jadva, Kadam e

Golombok, 2018; Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari e Dadkhah, 2014). Durante o embarazo, as preocupacións da nai subrogada poden ser varias, como sufrir un aborto *espontáneo* despois de experimentar dor física no proceso de fecundación *in vitro*; ansiedade por posibles problemas de saúde do bebé ou malformacións; inseguridade sobre como informar os seus propios fillos/fillas ou familiares sobre a situación; conflitos relixiosos e económicos relacionados coa xestación subrogada; ou temor ás complicacións do parto e á recuperación no caso de que se realice unha cesárea, entre outros (Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari e Dadkhah, 2014; Taebi, Masoudi e Ahmadi, 2020).

No posparto, aínda que as mulleres sexan conscientes da entrega do bebé desde o inicio e teñan prohibido contractualmente o establecemento dun vínculo sentimental co bebé que están xestando, en máis dun 10 % dos casos precisan dun **apoiu psicolóxico intenso para superar a separación** (Aparisi Miralles, 2017).

Nas prácticas comerciais onde as nais e pais comitentes manteñen un contacto estreito coa nai xestante, este tende a desaparecer de golpe ou progresivamente tras o nacemento do bebé. Unha vez que se produce o parto, a muller é *refugada*, «convértese nun elemento innecesario, molesto e amortizado, en termos de mercado, e sente todo o peso da explotación, da separación do bebé, da cousificación do embarazo e dos intereses creados dunha transacción comercial que implicaba a persoas completas e non a produtos de compravenda» (Profesionales por la Ética, 2015: 7).

Cando a parte contratante consegue o que perseguía, que é a obtención do bebé ou dos bebés, calquera tipo de investimento para asegurar a saúde física e mental da nai xestante é considerada polas empresas e clínicas intermediarias como unha perda, posto que o produto xa foi entregado. (E8)

Á parte do descrito, segundo investigadores de epixenética, os factores prenatais poden afectar negativa ou positivamente o desenvolvemento xenético do ser humano, polo tanto, **a xestación subrogada presenta un desafío neste campo polo impacto na saúde do feto** (Tan, 2020).

Ademais, as vítimas enfróntanse a **outras consecuencias persoais**. A **perda das redes de apoio social e familiar** é outra das consecuencias á que se enfrontan algunhas mulleres xestantes.

Nalgúns países, como na India, a liña que divide a XS e o traballo sexual no imaxinario social é moi fina, por iso as mulleres xestantes a miúdo lle ocultan esta realidade ao seu

contorno próximo, afastándose de familiares e amizades durante a subrogación (Abell-Selby, 2019; Trejo Pulido, 2021).

Moitas mulleres que estiveron fóra do seu ámbito durante o embarazo e regresan tras o parto ás súas comunidades —onde exercen de cabeza de familia e asumen a maior parte das responsabilidades do fogar— enfróntanse ao estigma social por realizar esta práctica (Abell-Selby, 2019; Trejo Pulido, 2021). Aínda existe moi pouca información sobre que tipo de estigmatización afrontan as mulleres porque foron nais xestantes ou o están a ser.

Outro aspecto menos coñecido é a **vulneración do dereito á intimidade, á liberdade de movemento e á capacidade de decisión.**

As nais subrogadas poden ser monitorizadas segundo os seus contratos as 24 horas ao día durante os sete días da semana polas empresas intermediarias e/ou polas persoas que acceden a esta práctica. (E8)

Tamén hai casos nos que se lles prohíbe manter relacións sexuais ou sofren fortes restricións para o control das relacións sociais, chegando mesmo a verse obrigadas a separarse das súas familias (Trejo Pulido, 2021).

Finalmente, hai que sinalar que a falta de comprensión dos procesos que abarca a XS pode levar á **criminalización das mulleres xestantes**, o que pode interpretarse como unha posible consecuencia específica desta forma de VR (Nuño Gómez, 2020).

Un exemplo diso produciuse en Camboxa, onde a XS se prohibiu en 2016 e mais de 60 mulleres foron encarceradas acusadas de xestar para outras persoas. O habitual nestes casos era poñer en liberdade provisoria baixo fianza as nais xestantes, coa obrigaón de levar a termo o embarazo e criar o bebé como propio ata a súa maioría de idade (Nuño Gómez, 2020). As expertas consultadas sinalaron que en España habería que ser precavido, pois o artigo 221 do Código penal (CP) español podería supoñer a criminalización da nai xestante.

Por todo o anterior, o enfoque institucional sobre a XS en España é o da súa consideración como unha violencia reprodutiva. **Legalizar a XS supón a deshumanización das mulleres e dos bebés**, que se converten en partes dun contrato de compravenda, en mercadorías. Supón unha vulneración dos dereitos das mulleres máis vulnerables e contribúe ao aumento da brecha de

desigualdade existente entre os países (Regalado Torres, 2017; Nuño Gómez, 2020; Szygendowska, 2021).

8.3.3. Necesidades das mulleres vítimas da XS

Entre as persoas expertas que participaron están algunhas experiencias de atención a vítimas de XS, a través das cales expoñen as súas necesidades.

As expertas coinciden en sinalar que **o acceso a estas vítimas é complexo**, xa que as mulleres sometidas a explotación reprodutiva non denuncian. Cando o fan, estas mulleres corren o risco de seren tratadas como comitentes do delito; ademais de que non se prevén axudas nin recursos para as vítimas desta violencia.

Á parte das necesidades comúns das vítimas de VR (punto 4.4 sobre perspectiva da integridade), as sobreviventes de XS **presentan múltiples necesidades** que poden variar segundo as circunstancias individuais de cada muller, pero en termos xerais as necesidades máis comúns son:

- **Recursos económicos:** a situación económica pode ser diversa e depende, en gran medida, do país das nais subrogadas, pero polo xeral as mulleres que acceden a xestar para outras persoas fano por razóns económicas, como sostén Nuria González López (E8), avogada especializada en dereitos humanos¹²⁶.

Unha característica común é a situación de emerxencia económica propia ou dalgunha persoa próxima á muller que, por exemplo, nos casos de mulleres dos EEUU ou do Canadá, pode ser custear os gastos médicos dunha enfermidade ou, nos casos de mulleres de países en vías de desenvolvemento, pode ser un intento de saír dunha situación de extrema necesidade. En calquera caso, case a totalidade delas enfrontan unha situación excepcional de vulnerabilidade (E8).

- **Atención médica e psicolóxica:** as mulleres xestantes precisan de revisións médicas con periodicidade e dunha atención prenatal que garanta o seu benestar e o do bebé tanto durante o embarazo coma no parto e, especialmente, no posparto. Tamén

¹²⁶ Nuria González López é avogada experta en dereitos humanos (DDHH), autora de *Vientres de alquiler* (2019) e *La mala gente* (2021). Actualmente, entre outros traballos, presta servizos de apoio e asesoría xurídica a nais subrogadas. Participou no estudo como experta colaboradora (González, 2023).

requiren de atención psicolóxica e emocional, xa que poden experimentar diferentes emocións durante o proceso. Por esta razón, como sinala Helena López (2023), matrona experta en saúde e muller¹²⁷, resulta esencial o acceso á atención sanitaria, coidados obstétricos especializados e a servizos de saúde mental de calidade durante todo o proceso do embarazo, distinguindo as seguintes necesidades segundo o momento:

- Antes do embarazo:

Nos procesos nos que se realiza un tratamento hormonal, como é o caso da XS, a muller debería contar con apoio **sociosanitario e recibir unha información completa dos posibles efectos secundarios** da estimulación ovárica mediante hormonas antes de someterse ao proceso.

- Durante o embarazo:

Os coidados durante o embarazo son parte crucial da continuidade na atención de saúde reprodutiva da muller, como declara a Organización Mundial da Saúde (OMS, 2016) e de acordo coa estratexia dos Obxectivos de Desenvolvemento Sostible (ODS)¹²⁸ que pretende garantir o benestar e unha vida sa da muller embarazada. Proporcionan unha plataforma para funcións importantes que inclúen a promoción da saúde, o cribado, diagnóstico e a prevención de enfermidades.

No caso de deterioración materna ou fetal, o equipo multidisciplinario debe intervir de forma conxunta unindo diferentes disciplinas para lograr un resultado satisfactorio (Gómez, Seva, Hellín, Roldán, Paredes, Iglesia, Ruíz e Navarro, 2022).

É moi posible que a nai subrogada necesite o apoio concreto dunha **matrona especializada en saúde mental** durante a etapa xestacional que

¹²⁷ Helena López Paredes é enfermeira (Universidade Europea de Madrid, España) e matrona (University of East Anglia, England), experta en saúde e muller, que actualmente traballa como consultora internacional de matronería para as Nacións Unidas. Participou no estudo como experta colaboradora (López, 2023).

¹²⁸ A Axenda para o Desenvolvemento Sostible ou Axenda 2030 (UN, 2015) é unha estratexia de desenvolvemento sostible que consta de 17 Obxectivos de Desenvolvemento Sostible (ODS) que foron pactados polas Nacións Unidas (UN) co apoio dos países membros.

detecte os signos e síntomas de alerta para derivar e traballar co equipo multidisciplinario.

- Durante o parto:

A muller **vai necesitar un asesoramento previo** sobre como pode desenvolverse o nacemento do bebé para que poida tomar decisións plenamente informadas. Isto pode ser considerado un desafío e crea controversia ante a autonomía da muller.

A literatura demostra que o parto pode ser unha experiencia satisfactoria, pero tamén traumática para a nai. É por iso que as mulleres requiren un coidado individualizado, **atendendo ás súas necesidades físicas, emocionais e psicosociais** (Rodríguez-Almagro, Hernández-Martínez, Rodríguez-Almagro, Quirós-García, Martínez-Galiano e Gómez-Salgado, 2019).

- No posparto:

O período posnatal está definido desde o momento do nacemento do bebé ata as seis semanas despois do parto. A nova adaptación e os cambios hormonais fan que sexa unha **etapa de gran vulnerabilidade** para a muller, que necesita unha atención médica e psicolóxica próxima. Contrariamente, as nais establecen que hai un foco intenso sobre a saúde das mulleres durante o embarazo, pero non así no posparto (Tully, Stuebe e Verbiest, 2017).

- **Apoio xurídico e/ou legal:** o abuso e a explotación subxacen na maioría dos procesos de XS, a explotación e a violencia están na natureza do contrato. Cando se fala de prácticas abusivas no contexto da subrogación, faise referencia aos innumerables problemas engadidos que as mulleres xestantes e os bebés poden afrontar no contexto destes acordos.

As mulleres xestantes, polo tanto, necesitan unha protección que garanta os seus dereitos.

As nais subrogadas convértense en meros obxectos durante o proceso de XS, ata o punto de perderen todos os seus dereitos. Todas as decisións que se levan a cabo

desde o inicio da XS ata o parto e entrega do bebé tómaas a parte comitente, contrato mediante, en moitas ocasións **sen criterios médicos**.

Resulta relevante tamén asistir ás **mulleres xestantes que non queren entregar o bebé**. Trátase dunha situación pouco frecuente, porque a extrema necesidade económica que empuxa as mulleres para xestar para outras persoas é incompatible con asumir unha carga familiar máis. (E8)

Ademais das circunstancias descritas, **existen outros problemas** —algúns xa mencionados— aos que se enfrontan as mulleres xestantes e polos que poden presentar **outras necesidades**, como a violencia obstétrica —que pode incluír mala praxe médica, cesárea forzada, probas invasivas non desexadas, abortos forzados e/ou selectivos etc.—; incumprimento dos pagamentos acordados; ruptura unilateral do contrato da parte comitente; abandono da muller co bebé; reclusión forzada das nais en «pisos» ou residencias de maternidade; entre outros.

9. XS: marco normativo e institucional

9.1. Marco internacional e europeo

9.1.1. Marco xeral de partida

A **xestación por substitución** violenta a integridade e autonomía corporal e reprodutiva das mulleres. Converte as nenas e nenos nun obxecto de intercambio, afectando os seus dereitos de identidade, e as mulleres embarazadas quedan reducidas a corpos xestantes. Esta forma de violencia **atenta contra os dereitos fundamentais das mulleres** que se atopan frecuentemente ante situacións de privación económica e en países cuxos contextos políticos e económicos tenden a caracterizarse pola falta de dereitos e oportunidades.

Ningún instrumento internacional regula especificamente a xestación subrogada (Nuño Gómez, 2020). No marco europeo, aínda que non se recolle explicitamente como tal no Convenio de Istambul, o seu artigo 3 permite abarcar esta tipoloxía de VCM (véxase o capítulo 9.1.2) e o Parlamento mostrou preocupación con respecto á extensión desta violencia. No marco institucional español prohíbese explicitamente esta práctica.

As Nacións Unidas (UN, polas súas siglas en inglés) **dispoñen de instrumentos internacionais de dereitos humanos** onde podemos ver recollidas referencias análogas, aínda que non en todos se trate especificamente a XS (Nuño Gómez, 2020). Entre elas, a Convención sobre a eliminación de toda forma de discriminación contra a muller do Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller (CEDAW), a Convención das Nacións Unidas contra a escravitude, a Convención internacional sobre os dereitos do neno (CDN) e o vinculado Protocolo facultativo, ou o Convenio relativo á protección do neno e á cooperación en materia de adopción internacional.

O CEDAW, nun dos seus informes¹²⁹, mostra a súa preocupación polas nais subrogantes e solicita que, mediante o apoio técnico da Oficina do Alto Comisionado das Nacións

¹²⁹ O Comité examinou o sexto informe periódico de Camboxa (CEDAW/C/KHM/6) nas súas sesións 1730.^a e 1731.^a (véxanse CEDAW/C/Sr.1730 e CEDAW/C/Sr.1731), levadas a cabo o 29 de outubro de 2019. A lista de cuestións e preguntas do grupo de traballo anterior ao período de sesións figura no documento CEDAW/C/KHM/Q/6 e as respostas de Camboxa, no documento CEDAW/C/KHM/Q/6/Add.1.

Unidas para os Dereitos Humanos, as normas se axusten ás normas internacionais de dereitos humanos.

Pola súa banda, a CDN (UN, 1989) —ratificada por España e en vigor desde 1991— no artigo 35 expón que os estados parte tomarán todas as medidas de carácter nacional, bilateral e multilateral que sexan necesarias para impedir o secuestro, a venda ou a trata de nenos para calquera fin. Ademais, a CDN reconece de forma expresa a responsabilidade dos estados parte na garantía do dereito á identidade de nenas e nenos (artigos 7 e 8), aspectos que se ven vulnerados na XS.

O Protocolo facultativo¹³⁰ da Convención sobre os dereitos do neno, relativo á venda de nenos, a prostitución infantil e a utilización de nenos na pornografía (UN, 2000) —ratificado por España en 2002— pretende reforzar os artigos 34 e 35 da CDN e **outorgar maior protección a nenas e nenos** fronte á explotación sexual, os abusos sexuais e a venda ou tráfico de menores. Aínda que non menciona especificamente a situación particular das nenas e nenos por XS, no artigo 2.a considera que:

Por venda de nenos enténdese todo acto ou transacción en virtude do cal un neno é transferido por unha persoa ou grupo de persoas a outra a cambio de remuneración ou de calquera outra retribución.

Resulta de especial relevancia sinalar o informe da Relatora Especial das Nacións Unidas sobre a venda e a explotación sexual de nenos, incluídos a prostitución infantil, a utilización de nenos na pornografía e demais material que mostre abusos sexuais de nenos (2018), xa que inclúe un **«estudo sobre a xestación por substitución e a venda de nenos»** e realiza recomendacións para facer efectiva a prevención e prohibición da venda de nenos.

Este informe da Relatora Especial¹³¹ (UN, 2018) considera **«inaceptable a discriminación das mulleres en virtude da instrumentalización dos seus corpos** con fins culturais, políticos, económicos ou doutro tipo» e anima a outros mecanismos e entidades das UN a que investiguen a XS e as súas repercusións sobre os dereitos das

¹³⁰ Os protocolos facultativos da Convención sobre os dereitos do neno son un instrumento da Asemblea Xeral das Nacións Unidas que reforzan as normas contidas na convención.

¹³¹ O Comité Económico e Social Europeo (CESE) coincide coa Relatoría Especial do Consello de Dereitos Humanos de Nacións Unidas mostrando preocupación «polo incremento da denominada xestación subrogada» e expón que «coincide coa expresión manifestada polo Parlamento Europeo que a considera unha forma de explotación reprodutiva que vulnera a dignidade das mulleres. Polo tanto, entende que esta práctica —cando sexa negocio xurídico onde medie lucro ou beneficio de calquera das partes, incluída a publicidade—, debe considerarse como unha forma de violencia contra as mulleres e situarse ao mesmo nivel ca a explotación sexual» (CESE, 2022: 3.12).

mulleres co obxectivo de elaborar unha normativa baseada nos dereitos humanos. Ademais, sinala que «nada do que se consigna neste informe deberá interpretarse como limitación da autonomía das mulleres en canto á adopción de decisións nin dos seus dereitos á saúde sexual e reprodutiva» (UN, 2018: 4. Énfase engadida).

A Relatoría encomendoulle á ONG Servizo Social Internacional (ISS, pola súa sigla en inglés) a elaboración de principios e normas internacionais que rexan os contratos de XS de acordo coa normativa dos dereitos humanos e dos dereitos do neno. Esta recomendación, denominada «Principios para a protección dos dereitos do neno nacido por xestación subrogada» —e coñecida como os «**Principios de Verona**»— (ISS, 2021), ten como obxectivo a protección dos dereitos das nenas e nenos nados mediante XS. Ten 18 principios que son:

- Principio 1: Dignidade humana
- Principio 2: O neno como titular independente de dereitos
- Principio 3: O dereito do neno á non discriminación
- Principio 4: O dereito do neno á saúde
- Principio 5: Protección previa á maternidade subrogada
- Principio 6: Interese superior do neno
- Principio 7: Consentimento da nai de alugamento
- Principio 8: Consentimento dos futuros pais
- Principio 9: Consentimento das persoas que proporcionan material reprodutivo humano
- Principio 10: Filiación legal e responsabilidade parental
- Principio 11: Protección da identidade e acceso ás orixes
- Principio 12: Notificación, rexistro e certificación de nacementos
- Principio 13: Prevención da apatridia
- Principio 14. Prevención e prohibición da venda, explotación e tráfico de nenos
- Principio 15: Transparencia en asuntos financeiros
- Principio 16: Intermediarios
- Principio 17: Resposta a acontecementos inesperados nos acordos de maternidade subrogada
- Principio 18: Cooperación entre estados, rexións e autoridades locais

Destaca o principio 7, que alude ao consentimento da muller xestante e sinala (ISS, 2021):

7.1. A confianza na integridade das circunstancias que rodean o seu acordo de maternidade subrogada é de grande importancia para os dereitos do neno. A nai subrogada debe estar en condicións de tomar decisións independentes e informadas, libres de explotación e coacción.

7.2. A toma de decisións libre e informada en todos os asuntos legais, sociais, financeiros e médicos por parte da nai subrogada debe ser apoiada antes dos acordos de subrogación, durante todo o embarazo e despois do parto.

Deberán establecerse e garantirse condicións que lle permitan á nai subrogada exercer a súa autodeterminación. A maternidade subrogada só debe permitirse cando a nai subrogada, entre outras cousas:

- a. Sexa legalmente maior de idade.
- b. Experimentase como adulta polo menos un parto anterior que non fose un acordo de maternidade subrogada.
- c. Sexa competente e teña a capacidade cognitiva de tomar decisións, dar o seu consentimento e exercer a súa autonomía e autodeterminación.

A pesar das consideracións da Relatora Especial anteriormente mencionadas sobre as mulleres xestantes (UN, 2018) e de que o informe do ISS (2021) explicita que **os Principios de Verona non supoñen unha aprobación da XS**, ambos os documentos se centran exclusivamente nos dereitos do menor nacido por XS e **adoecen dun enfoque de xénero** que atenda aos dereitos das mulleres xestantes e que propicie a análise da súa situación socioeconómica ou das circunstancias e razóns que as levaron a expoñerse á subrogación.

Diferentes **organizacións feministas internacionais, e dentro do Estado español, criticaron os Principios de Verona**. Desta forma, a Coalición Internacional pola Abolición da Maternidade Subrogada (CIAMS) (2022) considera que, baixo o pretexto de protexer os dereitos dos menores que nacen por XS, tenden a promover **a regulación internacional** desta práctica. Elaborou unha crítica en oito puntos que comprende as seguintes ideas:

1. Implica un apoio á industria internacional da explotación reprodutiva.
2. Supón unha tentativa de despenalizar a xestación subrogada.
3. Trátase dunha estratexia para opoñer os dereitos das mulleres aos dereitos dos menores.
4. Representa unha concepción *low cost* da dignidade humana.

5. Omite a cuestión da dignidade das mulleres contratadas como nais de alugamento.
6. Contén un concepto nesgado do interese superior do menor.
7. Implica un enfoque superficial e unha instrumentalización do concepto de consentimento.
8. Fundaméntase na construción social da crenza no dereito para ter fillos.

Respecto da **regulación xurídica que existe nos países**, atopamos diferentes situacións (González, Guerrero, Hernández, Holgado, Ingelmo, Justo, Lázaro, López, Lucas, Martín, Mateos y Mateos, 2021; Nuño Gómez, 2023):

- Estados que permiten a XS tanto altruísta coma comercial, como é o caso de Ucraína, Rusia, A India e algúns estados dos EEUU. Cómpre sinalar que en estados federais como Os Estados Unidos e México a regulación é moi dispar dun estado a outro.
- Estados que unicamente permiten a XS altruísta. Trátase do modelo de regulación máis común entre os países europeos que permiten esta práctica como O Reino Unido, Grecia ou Portugal.
- Estados que prohiben a XS en calquera das súas modalidades, tamén presente en países europeos como España, Italia ou Francia, entre outros.
- Estados que se atopan nun limbo xurídico porque non se recolle en ningún sentido. Marco internacional

En xeral, a normativa internacional presenta un **enfoque afastado da protección das mulleres** fronte a esta práctica e centrado fundamentalmente nos dereitos do bebé xestado.

Resulta de interese observar a práctica dos EEUU e do Canadá, dous dos tres principais destinos internacionais dos españois para a práctica da XS, dos cales se pode destacar o seguinte:

- **Os EEUU:** é o territorio que presenta maior flexibilidade, aínda que a lexislación depende do estado onde se realice a xestación. Por unha banda, considérase delito penal en Nova York, Arizona e Míchigan e o contrato é nulo en Kansas, Louisiana, Nebraska e Indiana. Doutra banda, está permitida para calquera modelo de familia (heterosexuais, homosexuais ou persoas solteiras) en Florida, California, Arkansas, Delaware, New Hampshire, Nevada e Illinois. Noutros estados que se permite impóñense determinados requisitos: Texas solicita a aprobación dun xuíz; en Tennessee ambos os membros da parella teñen que achegar os seus gametos; Utah

establece que os pais de intención deben estar casados e a muller xestante non pode ser a doadora de óvulos; en Nova Jersey non se permite a xestación comercial e os pais só teñen 3 días para reclamar os dereitos de maternidade; e en Vermont precísase unha sentenza xudicial posterior ao parto (Cáceres Lara, 2019).

- **O Canadá:** a práctica é legal —Assisted Human Reproduction Act¹³² (SC 2004, c. 2)— para calquera modelo de familia (parellas heterosexuais, homosexuais e persoas solteiras), pero só se permite a modalidade de XS altruísta. A muller xestante, ademais, debe ser maior de 21 anos e ter polo menos un fillo antes da xestación. A paternidade legal do bebé conséguese mediante a aprobación dun xuíz (Cáceres Lara, 2019).

En América Central e do Sur, a lexislación ao respecto é diversa. Non en todos os países se recolle a XS na normativa. Algúns exemplos de países onde si se recolle son:

- **A Arxentina:** como sinala Cáceres Lara (2018), a XS non está regulada e ata o momento a xustiza ditaminou varias causas. Non obstante, presentáronse varias propostas de lei, como a Regulación da técnica de xestación solidaria 5700-D-2016¹³³ ou o Proxecto de lei 5759-D-2016¹³⁴, que consideran a XS altruísta (ou solidaria). Outras iniciativas son o Proxecto de lei 3202-2017¹³⁵ que modifica algúns artigos do Código civil e comercial para incluír a xestación subrogada, e o Proxecto de lei 3765-D-2017¹³⁶ que establece a necesidade dunha autorización xudicial para a XS.
- **O Brasil:** a lei non considera esta práctica, pero está considerada no apartado VII da Resolución CFM núm. 1957/2010¹³⁷ do Consello de Medicina Federal. Inclúe a XS na modalidade altruísta e nos casos nos que existe un problema médico que impida ou contraindique que a nai de intención (que será a doadora xenética) leve a cabo o embarazo. Entre as condicións que se impoñen, establécese que as mulleres xestantes deben ser familiares (de ata segundo grao) da muller doadora xenética —XS intrafamiliar—, o resto de casos están suxeitos á autorización do Consello Rexional de Medicina.

¹³² Assisted Human Reproduction Act do Canadá. Acceso

¹³³ Regulación da técnica de xestación solidaria 5700-D-2016 da Arxentina. Acceso

¹³⁴ Proxecto de lei 5759-D-2016 da Arxentina. Acceso

¹³⁵ Proxecto de lei 3202-2017 da Arxentina. Acceso

¹³⁶ Proxecto de lei 3765-D-2017 da Arxentina. Acceso

¹³⁷ Resolución CFM núm. 1957/2010 do Brasil. Acceso

- **Colombia:** está prohibida a XS na modalidade comercial e o Proxecto de lei estatuaría considera controis para previla. De acordo co Proxecto de lei 88 de 2017¹³⁸, «Lei Lucía», considerábase a XS altruísta nos casos de imposibilidade natural de procrear.
- **México:** non existe unha lei específica que regule a xestación subrogada e depende de cada Estado. Nalgúns, como Querétaro, Cohahuila ou San Luis Potosí, está explicitamente prohibida. En Tabasco (Código civil) —que limita o acceso á XS só a cidadáns mexicanos— e Sinaloa (Código familiar do estado), en cambio, permítense nos casos nos que existe unha imposibilidade física ou contraindicación médica de que a nai de intención leve a cabo a xestación (Cáceres Lara, 2019). En México DF, a proposta de lei favorable á XS enfócase en asegurarlles os dereitos de filiación aos pais intencionais (Hernández e Santiago, 2011).
- **O Uruguai:** permite a XS unicamente se a nai de intención non pode xestar un embrión propio por un impedimento médico (capítulo IV da Lei 19167¹³⁹). Esta incapacidade debe ser recoñecida polo equipo médico, que realizará un informe para a Comisión Honoraria de Reprodución Humana Asistida, órgano encargado de avaliar se se cumpren as condicións establecidas. Neste caso permitiráselle a unha muller ou a unha parella recorrer á XS altruísta intrafamiliar e acordar cunha familiar (ata segundo grao de consanguinidade) a implantación e xestación dun embrión propio —entendéndose como propio aquel que é formado, como mínimo, por un gameto da parella ou polo óvulo no caso de mulleres solteiras— (Cáceres Lara, 2019).

Máis aló dos países latinoamericanos, **outros países** con lexislación sobre XS son:

- **Australia:** só se permite a XS altruísta e as condicións dependen dos estados. É o único país no que a muller xestante é considerada a nai, polo que, tras o parto, esta ten dereito a quedar co bebé se así o desexa. Por norma xeral, só está permitida para parellas heterosexuais. En estados como Queensland, Tasmania e Nova Gales do Sur tamén se lles permite a parellas homosexuais. Ademais, en Queensland e Nova Gales do Sur tamén as persoas solteiras poden acceder a esta práctica se demostran a súa incapacidade para xestar (Cáceres Lara, 2019).

¹³⁸ Proxecto de lei núm. 88 de 2017 Senado, por medio da cal se regula a reprodución humana asistida, a procreación con asistencia científica e se ditan outras disposicións —Lei Lucía— de Venezuela. Acceso

¹³⁹ Lei 19167 do Uruguai. Acceso

- **Xeorxia:** só se lles permite a parellas heterosexuais casadas nos casos nos que a nai de intención non teña útero. Entre outros criterios que se establecen, destacan que a muller xestante non pode superar os 35 anos, ten que ter polo menos un fillo propio con anterioridade e ter un nivel socioeconómico medio-alto. O bebé será inscrito no rexistro polos pais de intención, sen necesidade de consentimento da nai xestante. E no caso particular de parellas españolas, para que o consulado de España recoñeza a filiación paterna, o pai debe achegar os seus espermatozoides (*El Mundo*, 2023).
- **A India:** permitía as dúas modalidades de contrato de XS (comercial ou altruísta) e era un dos principais destinos para esta práctica, pero, como outros países asiáticos, abandonou (en 2016, coa aprobación da Lei Surrogacy (Regulation) Bill, 2016¹⁴⁰) a modalidade comercial en favor dos estranxeiros e na actualidade a lexislación do país só permite a XS altruísta nos casos de parellas heterosexuais infértiles de nacionalidade india (*El Mundo*, 2023).
- **Suráfrica:** permite a modalidade altruísta —de acordo coa normativa Children’s Act 38 de 2005— e a persoas residentes no país xa sexa unha persoa solteira ou unha parella e requírese que os gametos utilizados sexan de polo menos un deles. Ademais, establécese que a persoa ou parella, pais de intención, non poidan ter un fillo ou filla por motivos que sexan permanentes e irreversibles (Cáceres Lara, 2019).
- **Tailandia:** era un dos principais destinos para esta práctica ata que en 2015 modificou a lexislación. A lei actual só lles permite a xestación subrogada a parellas heterosexuais e nacionais (*El Mundo*, 2023).

A **ausencia dun marco internacional común, a diversidade de criterios e a oposición dalgúns países** —como Os EEUU, entre outros— a recoñecer a CEDAW e a CDN, propician un contexto que sitúa tanto as mulleres xestantes coma as e os menores xestados nunha posición de vulnerabilidade extrema fronte á violación dos seus dereitos (Nuño Gómez, 2020).

9.1.2. Contexto europeo

No **contexto europeo**, a norma referente na loita contra as violencias machistas, o Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica (Convenio de Istambul) —ratificado por España en 2014— non menciona a

¹⁴⁰ *Surrogacy (Regulation) Bill*, 2016 da India. Acceso

XS como unha forma de violencia contra as mulleres, pero, como xa foi explicado, o artigo 3 dá cabida a todas as formas de violencia contra as mulleres. Isto é debido ás múltiples expresións que ten a VCM e a que as institucións tardan en chegar no desenvolvemento da súa acción institucional.

Neste marco, **o Parlamento Europeo** foi a única institución supranacional que mostrou de forma clara unha posición contraria á regulación da XS (Nuño Gómez, 2020). A Resolución do Parlamento Europeo, do 17 de decembro de 2015, sobre o informe anual sobre os dereitos humanos e a democracia no mundo (2014) e a política da Unión Europea ao respecto (2015/2229(INI)) considera no marco dos dereitos das mulleres e das nenas o seguinte:

Condema a práctica da xestación por substitución, que é contraria á dignidade humana da muller, xa que o seu corpo e as súas funcións reprodutivas se utilizan como unha materia prima; estima que debe prohibirse esta práctica, que implica a explotación das funcións reprodutivas e a utilización do corpo con fins financeiros ou doutro tipo, en particular no caso das mulleres vulnerables nos países en desenvolvemento, e pide que se examine con carácter de urxencia no marco dos instrumentos de dereitos humanos. (Parlamento Europeo, 2017: 115)

Outras institucións, como o **Tribunal Europeo de Dereitos Humanos (TEDH)**, mostraron unha maior ambivalencia ante o tema ao non regular expresamente a XS nin respecto da reprodución humana asistida. O TEDH remite á lexislación nacional de cada Estado, o que permite unha marxe moi ampla no seu tratamento e consideración (Nuño Gómez, 2020).

O propio TEDH, de feito, recoñece a ausencia de consenso en Europa e tende a considerar que nestes casos prevalece o dereito á identidade do menor con base no artigo 8 do Convenio europeo para a protección dos dereitos humanos e das liberdades fundamentais¹⁴¹ (en diante, Convenio europeo dos DDHH). Así o expón por primeira vez en 2014 e posteriormente noutras sentenzas.

En canto á **normativa nacional dos países europeos**, obsérvase unha regulación dispar sobre a XS. Entre os países que permiten esta práctica, Ucraína resulta especialmente relevante ao situarse como o segundo destino ao que acoden máis españois para levar a cabo a XS. Outros «países destino» das e dos españois son Rusia, Inglaterra e Grecia.

- **Ucraína:** antes da guerra era o principal destino en Europa para as persoas que recorren a esta práctica. Permite a XS en calquera modalidade só a parellas heterosexuais

¹⁴¹ Convenio europeo para a protección dos dereitos humanos e das liberdades fundamentais. Acceso

casadas¹⁴² e nos casos nos que a nai de intención ten recoñecida a incapacidade médica de xestar o seu propio bebé. En Ucraína, ademais, a muller xestante debe ser anónima e non pode reclamar a maternidade, polo que non ten ningún dereito nin deber sobre o bebé que xesta (González, Guerrero, Hernández *et al.*, 2021).

Con todo, a guerra non detivo a explotación reprodutiva de mulleres ucraínas e a principal clínica dedicada á XS no país —BioTexCom— segue funcionando a pesar da invasión. Tras o estalido da guerra, BioTexCom trasladouse a un búnker, aínda que se descoñecen as garantías de seguridade que ofrecen para as mulleres xestantes e os bebés¹⁴³.

- **Rusia:** permite a XS altruísta ou comercial, só a parellas heterosexuais —como Ucraína— e nos casos nos que a nai de intención ten recoñecida a incapacidade médica de xestar o seu propio bebé. A muller xestante non pode achegar os seus óvulos e debe ter entre 20-35 anos, ter polo menos un fillo propio con anterioridade e realizar un exame físico e emocional. Ademais, no caso de que a muller xestante estea casada, débese contar co consentimento previo do marido (González, Guerrero, Hernández *et al.*, 2021).
- **O Reino Unido:** só se permite a modalidade altruísta para parellas (homosexuais ou heterosexuais) e exclúe a persoas solteiras. Desde o nacemento do bebé, os pais de intención teñen seis meses para solicitar a paternidade ou considerarse fillo legal da muller xestante. Ademais, polo menos un dos membros da parella debe residir no Reino Unido para solicitar a axuda dunha muller xestante. Por esta razón, O Reino Unido é un destino pouco empregado por persoas estranxeiras. A XS no Reino Unido é pouco utilizada tamén polos propios británicos que optan con frecuencia pola India porque non atoparían mulleres británicas que consintan ser nais xestantes.
- **Grecia:** a XS comercial está prohibida, só se permite a modalidade altruísta a parellas heterosexuais e mulleres solteiras que non poden xestar aos seus propios fillos, situación que a nai de intención debe xustificar mediante un certificado de infertilidade. A muller xestante non pode achegar os seus óvulos e o proceso debe contar co consentimento dun xuíz.

¹⁴² Ucraína prohibe o matrimonio entre persoas do mesmo sexo polo que, ao non poder cumprir co requisito de estaren casadas, as parellas homosexuais non poden recorrer á XS (González, Guerrero, Hernández *et al.*, 2021).

¹⁴³ Martín, A. (2023). La guerra no ha detenido el uso de vientres de alquiler en Ucrania. *El País*. Acceso

- **Portugal:** en 2017 entrou en vigor a Lei 25/2016, que establecía as condicións para a aplicación da XS, e que sería derogada polo Tribunal Constitucional do país ao considerar que violaba distintos principios e dereitos, entre os que se atopa o arrepenimento da xestante. A finais de 2021, tras varios anos de debate, aprobouse a Lei 26/2021, sobre xestación subrogada, vixente na actualidade. Esta lei permítelles a parellas heterosexuais ou parellas de mulleres acceder á modalidade de XS altruísta unicamente nos casos nos que a muller non teña útero ou conte cunha lesión ou situación clínica irreversible que lle impida ter un embarazo. Entre as particularidades desta medida destaca o prazo de 20 días co que conta a muller xestante a partir do parto para decidir se finalmente desexa entregar ou non o bebé. A pesar da aprobación da lei, só se registrou un proceso desde a súa entrada en vigor.

Doutra banda, outros países europeos como **Suecia, Alemaña e, especialmente, Francia e Italia** situáronse en contra da regulación desta práctica de VR.

- **Francia:** a XS é unha práctica ilegal recollida no Código civil e penal francés, particularmente prohibida pola Lei 94-653, do 29 xullo de 1994. Esta lei introduce o artigo 16-7 do Código civil francés que establece a nulidade de pleno dereito de calquera acordo sobre a xestación por conta doutra persoa e o CP, no artigo 227-14, establece penas de prisión e multa para quen intermedie entre persoas que queiran ter un bebé mediante esta práctica e a muller que o vaia xestar. Ademais, a xurisprudencia francesa foi moi clara proclamando a nulidade destas prácticas, chegando a negar a inscrición no Rexistro Civil dos bebés subrogados nados fóra das fronteiras francesas. En 2014, de feito, existen dúas coñecidas sentenzas do TEDH¹⁴⁴ nas cales se condena o Estado

¹⁴⁴ STEDH 26 xuño 2014: esta sentenza do TEDH senta doutrina arredor de dous casos semellantes resoltos anteriormente segundo a lexislación francesa. En ambos os casos, unha parella de nacionalidade francesa recorre á XS (a primeira tras varios intentos errados de fecundación *in vitro* e a segunda por problemas de fertilidade) en dous estados diferentes dos EEUU. As autoridades francesas negan en ambos os casos a inscrición do nacemento.

O TEDH expón que o non recoñecemento da relación de filiación entre os bebés nados por XS no estranxeiro e as parellas que recorren a esta práctica no dereito francés non se limita á situación dos pais de intención, senón que afecta tamén á dos menores, «cuxo dereito ao respecto á vida privada, que implica que cada un poida establecer a substancia da súa identidade, incluída a súa filiación, está significativamente afectado» (CXPX, 2016: 8). Así, o TEDH considera que existe unha situación de incerteza xurídica en relación con que os menores poidan ver recoñecida a súa nacionalidade francesa e poder herdar dos esposos recorrentes, incerteza que se manifesta con maior intensidade se un dos membros da parella participou na procreación do bebé.

Na conclusión sinala que «ao obstaculizar o Tribunal de Casación francés tanto o recoñecemento coma o establecemento do seu vínculo de filiación respecto do seu pai biolóxico (dado que nin sequera lle permite recoñecelo como fillo ou adoptalo)» (CXPX, 2016: 8) o Estado francés excede os límites da súa marxe discrecional e ignorou o dereito dos nenos á súa vida privada, infrinxindo o artigo 8 do Convenio europeo dos DDHH.

francés por non inscribir dúas menores nadas por XS nos EEUU (González, Guerrero, Hernández *et al.*, 2021).

- **Italia:** a XS está prohibida e a súa práctica castígase con duras penas legais. A Lei núm. 40, do 19 de febreiro de 2004, no artigo 4.3 prohibe recorrer á práctica da procreación medicamente asistida de tipo heteróloga —como ocorre coa XS— e no artigo 12.6 impón multas económicas moi elevadas e penas de prisión polo uso de «nais de alugamento» (González, Guerrero, Hernández *et al.*, 2021).

En 2015, o TEDH¹⁴⁵ tamén interveu ante a **negación das autoridades italianas á inscrición dun bebé nacido por XS**. A inscrición da parella como pais realizouse, en primeira instancia, de acordo coa lexislación rusa —onde se realizou o proceso de XS—, pero posteriormente imputóuselles por alteración do estado civil, falsidade e violación da lei sobre adopción, «en tanto se acreditaron notables falsidades no relato dos feitos, negándoseles o recoñecemento da filiación establecida no estranxeiro» (Consello Xeral do Poder Xudicial [CXPX], 2016).

As autoridades italianas non só non recoñeceron a filiación, senón que, tras seis meses de convivencia, puxeron o menor baixo a tutela dunha institución, impedindo o contacto mutuo, ademais de entregalo a unha familia de acollida.

Recentemente, mediante unha orde da Delegación do Goberno en Milán, solicitóuselle ao alcalde da cidade interromper a inscrición dos bebés de parellas do mesmo sexo nados no estranxeiro por xestación subrogada (*El Mundo*, 2023).

9.2. Marco normativo español

9.2.1. Normativa estatal

En España desde 1988 a Lei 35/1988¹⁴⁶, do 22 de novembro, sobre técnicas de reprodución asistida —artigo 10—, considera o contrato de xestación subrogada nulo de pleno dereito e é unha práctica que **non está permitida en ningunha das súas modalidades**, aspecto que se

¹⁴⁵ STEDH 27 xaneiro 2015: unha parella de nacionalidade italiana recorre, tras varios intentos sen éxito de fecundación *in vitro*, á XS en Rusia, onde a muller xestante deu o seu consentimento escrito para que o bebé fose rexistrado como fillo dos pais de intención italianos.

O tribunal de novo considera o quebrantamento do artigo 8 do Convenio europeo dos DDHH, neste caso por parte das autoridades italianas, ao afastar o menor dos pais, debido a que, tras unha convivencia de máis de seis meses, os tres constituían un núcleo familiar «de facto».

¹⁴⁶ Lei 35/1988, do 22 de novembro, sobre técnicas de reprodución asistida. Acceso

mantén na posterior e vixente Lei 14/2006¹⁴⁷, do 26 de maio, sobre técnicas de reprodución humana asistida. O artigo 10 sobre xestación por substitución sinala concretamente:

1. Será nulo de pleno dereito o contrato polo que se conveña a xestación, con ou sen prezo, a cargo dunha muller que renuncia á filiación materna a favor do contratante ou dun terceiro.
2. A filiación dos fillos nados por xestación de substitución será determinada polo parto.
3. Queda a salvo a posible acción de reclamación da paternidade respecto do pai biolóxico, conforme as regras xerais.

Ademais, segundo o artigo 221 do CP¹⁴⁸, a entrega do bebé está tipificada como un delito:

1. Os que, mediando compensación económica, lle entreguen a outra persoa un fillo, descendente ou calquera menor, aínda que non concorra relación de filiación ou parentesco, eludindo os procedementos legais da garda, acollemento ou adopción, coa finalidade de establecer unha relación análoga á de filiación, serán castigados coas penas de prisión dun a cinco anos e de inhabilitación especial para o exercicio do dereito da patria potestade, tutela, curatela ou garda por tempo de catro a dez anos.
2. Coa mesma pena serán castigados a persoa que o reciba e a intermediaria, aínda que a entrega do menor se efectuase nun país estranxeiro.
3. Se os feitos se cometesen utilizando garderías, colexios ou outros locais ou establecementos onde se recollan nenos, impondérselles aos culpables a pena de inhabilitación especial para o exercicio das referidas actividades por tempo de dous a seis anos e poderase acordar a clausura temporal ou definitiva dos establecementos. Na clausura temporal, o prazo non poderá exceder de cinco anos.

Con todo, persoas expertas e investigadoras feministas consideran que hai un **risco de criminalización**. Sinalan que este artigo do CP sitúa ao mesmo nivel os pais de interese e a muller xestante, á que considera igualmente comitente do delito, e non ten en conta nin a situación de vulnerabilidade que enfrontan maioritariamente as mulleres que acceden a xestar para outras persoas nin as relacións xerárquicas que se establecen durante os procesos de xestación e que relegan as mulleres xestantes a unha posición de subordinación.

No noso país, hai que destacar no marco estatal o papel do **Comité de Bioética de España**¹⁴⁹. No seu *Informe sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada* maniféstase a

¹⁴⁷ Lei 14/2006, do 26 de maio, sobre técnicas de reprodución humana asistida. Acceso

¹⁴⁸ Lei orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do CP. Acceso

¹⁴⁹ Creado en cumprimento da Lei 14/2007, do 3 de xullo, de investigación biomédica como un «órgano colexiado, independente, con carácter consultivo sobre as materias relacionadas coas implicacións éticas e sociais da biomedicina e das ciencias da saúde», adscrito ao Ministerio de Sanidade.

postura da maioría de integrantes do Comité que «entende que *todo contrato de xestión por substitución entraña unha explotación da muller e un dano aos intereses superiores do menor*» (López *et al.*, 2018: 86) e formula tres criterios que deberían orientar unha reforma legislativa:

- Principio de mínima intervención: a reforma debería estar orientada a lograr a nulidade efectiva dos contratos de XS, aplicable tamén aos que se formalicen no estranxeiro. Para iso debería considerarse a sanción das axencias dedicadas á intermediación e, no caso de non resultar efectivas para impedir a XS, recorrer a outras medidas legais que reforcen o seu cumprimento.
- Prohibición universal da maternidade subrogada internacional: adopción de medidas destinadas á prohibición dos contratos de XS no ámbito internacional.
- Transición segura: o Comité reconece que durante a elaboración da reforma é probable que un número indeterminado de persoas españolas estean inmersas en procesos de XS, situación que debe terse en conta na transición cara a unha regulación efectiva para non deixar desprotexidas as nenas e nenos que nazen por mor destes procesos. Para iso, o Comité propón garantir a súa filiación no estranxeiro de acordo coa doutrina establecida polo Tribunal Supremo (TS).

En canto ás **políticas públicas** implementadas, estas carecen de suficiente especificidade.

O Plan estratéxico nacional contra a trata e a explotación de seres humanos (2021-2023)¹⁵⁰, no marco xeral, expón que a trata de seres humanos —como delito antecedente— engloba todas as formas de explotación coñecidas —delito final— sinalando particularmente entre estas a XS. Fronte a este «fenómeno criminal grave», relata a **necesidade de realizar unha abordaxe multidisciplinaria e integral** que contribúa a establecer liñas de acción tanto no ámbito público coma no privado, incluíndo o terceiro sector.

A EEVM¹⁵¹ (2022-2025), en liña co Convenio de Istambul, manifesta que é necesario **ampliar o enfoque de análise da violencia que atenta contra as mulleres no ámbito dos dereitos sexuais e reprodutivos** e que existe o compromiso de atender as vulneracións graves dos dereitos reprodutivos que son manifestacións de violencia contra as mulleres, como a XS (Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero [DGVX], 2022).

¹⁵⁰ Plan estratéxico nacional contra a trata e a explotación de seres humanos (2021-2023). Acceso

¹⁵¹ Estratexia estatal para combater as violencias machistas [EEVM] (2022-2025). Acceso

A EEVM 2022-2025 recoñece que **algunhas formas de violencia sexual poden constituír delitos internacionais**¹⁵² e mostra especial preocupación por violencias sexuais que se producen no ámbito transnacional como «a trata de mulleres e nenas con fins de explotación sexual, o matrimonio infantil, precoz e forzado, a **xestación subrogada comercial** e a mutilación xenital feminina (MXF)».

Segundo a EEVM constitúense como violencia contra as mulleres no ámbito dos dereitos sexuais e reprodutivos aqueles actos que, baseándose na discriminación por razón de xénero, **atentan contra a integridade ou a autodeterminación das mulleres** no ámbito da saúde sexual e reprodutiva, a súa libre decisión sobre a maternidade, o seu espazamento e oportunidade, incluídos o aborto e a esterilización forzosos.

Entre as diferentes formas de violencia no ámbito reprodutivo, segundo a EEVM 2022-2025, o «**embarazo forzado**» en relación coa explotación comercial das mulleres mediante a XS (ou ventres de alugamento) merece especial atención debido a que «este tipo de violencia materializa a explotación reprodutiva do corpo das mulleres para fins comerciais, podendo sufrir situacións relacionadas coa falta de consentimento informado completo, coacción e privación arbitraria de liberdade» (DGVX, 2023: 48).

A EEVM 2022-2025 **non inclúe actuacións específicas** sobre esta forma de violencia ao estar en trámite, no momento de elaboración e aprobación da Estratexia, o anteproxecto de lei que modifica a Lei orgánica 2/2010 sobre a saúde sexual e reprodutiva.

A reforma da Lei orgánica 2/2010 ou «Lei do aborto» —Lei orgánica 1/2023¹⁵³, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo— pon de manifesto que, malia a XS ser ilegal en España (de acordo coa Lei 14/2006 anteriormente mencionada), se segue producindo ao amparo da diversa regulación internacional, considerando por iso que **a XS se debe recoñecer normativamente como «unha forma grave de violencia reprodutiva»** e que se deben tomar medidas para previr e perseguir a súa práctica. De feito, esta reforma incorpora o **artigo 32, Prevención da xestación por subrogación ou substitución:**

¹⁵² De acordo coa Recomendación núm. 35 da CEDAW, «Entre outros, crimes de lesa humanidade e crimes de guerra como a violación, a escravitude sexual, a prostitución forzada, o embarazo forzado, a esterilización forzada ou calquera outra forma de violencia sexual de gravidade comparable, de conformidade cos artigos 7 1) g), 8 2) b) xxii) e 8 2) e) vi) do Estatuto de Roma da Corte Penal Internacional». Acceso

¹⁵³ Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo. Acceso

Artigo 32. Prevención da xestación por subrogación ou substitución:

1. A xestación por subrogación ou substitución é un contrato nulo de pleno dereito, segundo a Lei 14/2006, do 26 de maio, sobre técnicas de reprodución humana asistida, polo que se acorda a xestación, con ou sen prezo, a cargo dunha muller que renuncia á filiación materna a favor do contratante ou dun terceiro.
2. Promoverase a información, a través de campañas institucionais, da ilegalidade destas condutas, así como a nulidade de pleno dereito do contrato polo que se conveña a xestación, con ou sen prezo, a cargo dunha muller que renuncia á filiación materna a favor do contratante ou dun terceiro.

O artigo 32 está integrado no capítulo III de medidas de prevención e resposta fronte a formas de violencia contra as mulleres no ámbito da saúde sexual e reprodutiva do título III sobre a «protección e garantía dos dereitos sexuais e reprodutivos» que se incorpora na Lei 1/2023. No mesmo título III, tamén se consideran os capítulos 1 e 2 sobre a responsabilidade institucional e a protección e garantía dos dereitos sexuais e reprodutivos no ámbito xineco-obstétrico, respectivamente.

Ademais, a Lei 1/2023 introduce no **artigo 7 bis, sobre a atención á saúde reprodutiva**, que os servizos públicos de saúde garantirán un enfoque antidiscriminatorio e interseccional na súa intervención; o acceso á información sobre os dereitos reprodutivos, prestacións públicas e cobertura sanitaria durante embarazo, parto e puerperio; a provisión de asistencia, apoio emocional e acompañamento da saúde mental ás mulleres que o requiran durante o posparto ou no caso de morte perinatal; e a provisión especializada de atención psicolóxica ou sexolóxica con perspectiva de xénero, entre outros preceptos.

Esta norma establece no artigo 11 a elaboración da Estratexia estatal de saúde sexual e reprodutiva¹⁵⁴ e no artigo 30 considérase que esta estratexia «incluírá un apartado de prevención, detección e intervención integral para a garantía dos dereitos sexuais e reprodutivos no ámbito xinecolóxico e obstétrico».

Non obstante, a pesar da expresa prohibición da XS pola normativa española, **a filiación dos nenos e nenas nacidos mediante esta práctica foise concedendo**.

O noso ordenamento xurídico considera que a nulidade unicamente afecta ao contrato, cuestión que se liquida unha vez conseguida a filiación, pero non prevé un ilícito penal por compravenda de bebés (Nuño Gómez, 2020).

¹⁵⁴ A Estratexia nacional de saúde sexual e reprodutiva (2011) non realiza ningunha mención sobre a XS, aínda que si manifesta que «un dos dereitos básicos das mulleres en materia de saúde reprodutiva é o dereito á información e a decidir libremente», dereitos que se ven vulnerados durante os procesos de XS. Acceso

Proba diso, na Sentenza do Tribunal Supremo (STS) 5375/2016 (CXPX, 2016) faise referencia a dúas sentenzas previas do TEDH -STEDH 26 xuño 2014 e STEDH 27 xaneiro 2015 en relación coa XS e o recoñecemento da filiación en dous casos resoltos en países europeos (véxase 9.1.2, Marco institucional europeo).

A STS 5375/2016 sinala que en ambas as sentenzas se expresa que se vulnerou o artigo 8 do Convenio europeo dos DDHH. **En ningún destes casos se discute sobre o dereito á protección por maternidade**, o que está en debate é a viabilidade da inscrición rexistral de filiación «xurdida mediante contrato de maternidade» (CXPX, 2016: 9).

Ambos os asuntos teñen lugar nun contexto xurídico distinto do español, sinalando a STS 5375/2016 que en España «a posibilidade de adoptar os menores ou de pescudar a paternidade biolóxica mitigan o eventual desamparo no que poden atoparse ao impedir o seu acceso ao Rexistro Civil como fillos dos pais subrogados» (CXPX, 2016: 9).

O TS destaca sobre estes asuntos a importancia de que **en ambas as sentenzas se outorga a necesidade de protexer a situación xerada**. Se se produce convivencia familiar entre os pais de intención e os menores, ha de protexerse en beneficio dos segundos, sobre todo se un dos «pais subrogados» é, pola súa vez, nai ou pai biolóxico. O que se fai é optar por un "mal menor": manter as consecuencias dunha situación contraria ao dereito nacional (convivencia derivada da maternidade subrogada) porque así convén ao interese do menor (mantelo no seu núcleo familiar «de facto»). E isto, á marxe do que dispoña o dereito internacional privado, obviamente tamén integrado no ordenamento español. (CXPX, 2016: 9).

Así, **en España «atopámonos ante un auténtico limbo xurídico** no que a lexislación, o Ministerio Fiscal e a xurisprudencia do Tribunal Supremo desautorizan a validez dos contratos, pero a Dirección Xeral dos Rexistros e do Notariado, pertencentes ao Ministerio de Xustiza, as diferentes empresas comercializadoras e os comitentes desaténdena» (Nuño Gómez, 2020: 66).

Neste sentido, a medida máis controvertida (Nuño Gómez, 2020) é a Instrución do 5 de outubro de 2010, da Dirección Xeral do Rexistro e o Notariado (DXRN), sobre réxime rexistral da filiación dos nados mediante xestación por substitución que permite a posibilidade de inscribir no Rexistro Civil español unha relación de filiación declarada por un tribunal estranxeiro, o que posibilita a continuidade transfronteiriza dunha relación de filiación que implica responsabilidades parentais, aínda que esta relación de filiación se produza por XS.

A finalidade da instrución da DXRN é:

Atendendo á finalidade de dotar de plena **protección xurídica o interese superior do menor**, así como doutros intereses presentes nos supostos de xestación por substitución, resulta necesario establecer os criterios que determinen as condicións de acceso ao Rexistro Civil español dos nados no estranxeiro mediante esta técnica de reprodución asistida (DXRN, 2010: 1).

Pola súa banda, a Instrución do 18 de febreiro de 2019, da DXRN, sobre actualización do réxime rexistral da filiación dos nados mediante xestación por substitución, esixe unha sentenza en firme das autoridades xudiciais do país onde se leve a cabo a XS para o rexistro do menor.

Doutra banda, cabe mencionar que se produciron diferentes propostas en favor da legalización da XS, a última presentada polo Grupo Parlamentario Ciudadanos, o 14 de abril de 2023, baixo o nome de Proposición de lei reguladora do dereito á xestación por substitución¹⁵⁵. Esta proposición de lei avoga por permitir a XS na modalidade altruísta e atopouse cunha maioría oposta á regularización, polo que con toda probabilidade non sairá adiante. O partido político que presentou esta proposta non obtivo representación parlamentaria para a seguinte XV lexislatura de España.

9.2.2. Referencias autonómicas

A revisión da normativa autonómica mostra un **escenario diverso, cunha única mención específica sobre** a XS. É por esta razón pola que se ampliou a procura a preceptos que indirectamente poidan aludir a esta forma de violencia contra as mulleres.

Neste sentido, os achados mostran que varias **CCAA presentan unha definición ampla da violencia** contra as mulleres —en liña co Convenio de Istambul— e que, aínda que non a mencionan explicitamente, **poderían incluír a XS ao referirse de maneira xenérica** á «violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos», como son Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castela-A Mancha, Cataluña e A Ríoxa.

Doutra banda, Baleares e País Vasco, aínda que non mencionan a XS nin consideran a violencia contra os dereitos reprodutivos entre as formas de VX, como as anteriores CCAA, fan referencia a estes entre os principios xerais.

¹⁵⁵ Para máis información, véxase a Proposición de lei reguladora do dereito á xestación por substitución. Acceso

Cabe destacar que Aragón é a **única comunidade autónoma que menciona explicitamente na súa normativa a XS**. Faino no IV Plan estratéxico para a prevención e erradicación da violencia contra as mulleres en Aragón¹⁵⁶ (2018-2021) mediante a seguinte medida:

Medida 1.1.1.6: Realizar accións de sensibilización fronte á explotación reprodutiva das mulleres e os ventres de alugamento, co fin de concienciar a sociedade dos efectos negativos destas prácticas para todas as mulleres.

No resto de CCAA —Asturias, Castela e León, Comunidade Valenciana, Extremadura, Galicia, Comunidade de Madrid, Murcia ou Navarra—, a normativa en materia VCM presenta un enfoque máis reducido sobre a violencia e as súas manifestacións, xa que xeralmente se acollen á definición estatal de violencia de xénero que establece a Lei 1/2004¹⁵⁷ e hai pouca presenza da tipoloxía de violencia reprodutiva.

¹⁵⁶ Consultar en IV Plan estratéxico para a prevención e erradicación da violencia contra as mulleres en Aragón. Acceso

¹⁵⁷ Consultar en Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero. Acceso

10. XS: mapeo e experiencias de acción

10.1. Consulta a entidades locais e organizacións e persoas expertas

10.1.1. Características das EELL e organizacións participantes

Os datos de participación da enquisa son moi reducidos en ambos os casos, debido a que en España **non existen entidades con experiencia na atención a vítimas** deste tipo de violencia. Por esta razón complementouse o traballo de campo con entrevistas semiestruturadas (véxase o anexo 3) e reforzouse a análise de literatura científica sobre o tema.

En canto á **enquisa**, realizouse unha dobre consulta tocante ás actuacións sobre XS e a experiencia na atención a mulleres vítimas de XS; por unha banda, a entidades locais (EELL) e, por outra, a organizacións e persoas expertas.

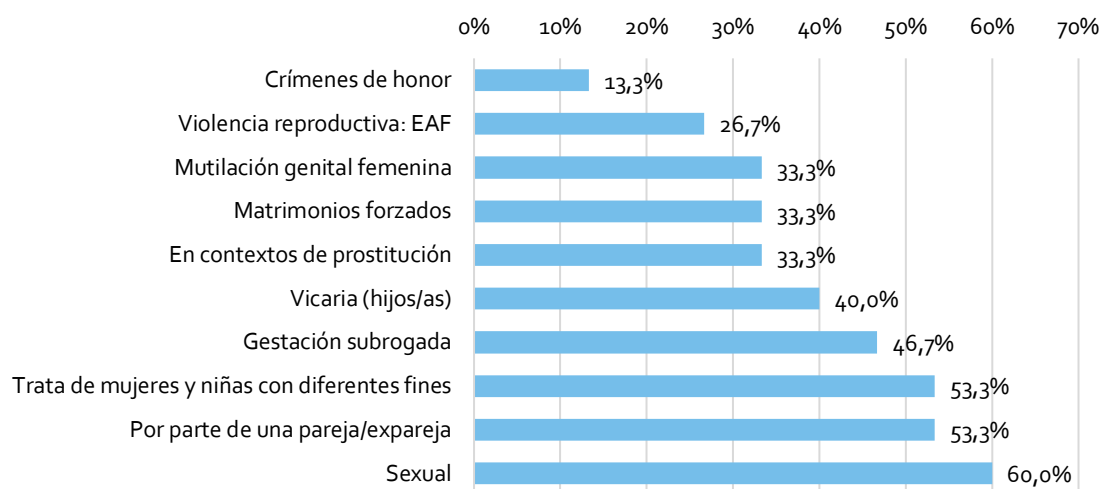
Das 279 **EELL** que realizaron o cuestionario, unicamente seis sinalan que coñecen a XS no desenvolvemento do seu traballo e só catro EELL responderon preguntas sobre xestión subrogada. Unicamente tres delas (concellos) sinalaron que tiñan algunha experiencia sobre esta forma de VR, pero ou non a especifican o refírense a actividades de sensibilización para dar a coñecer a existencia deste tipo de VCM e concienciar a sociedade.

As EELL participantes consideran, en xeral, que a aplicación da interseccionalidade é elevada e que o seu traballo cos principais grupos de mulleres vulnerables é con mulleres con discapacidade.

No segundo caso, conseguiuase solicitar a participación de 17 **organizacións e persoas expertas**, pertencentes a universidades, asociacións, fundacións e movementos organizados feministas e de mulleres. Representan unha variada *expertise* que abarca os ámbitos académico, sanitario, xurídico, psicolóxico ou divulgativo, entre outros.

En canto ás **organizacións expertas consultadas**, o seu ámbito territorial é fundamentalmente estatal (o 85,7 % delas), pero tamén autonómico (7,1 %), provincial (7,1 %) e local (14,3 %). O 87,5 % destas organizacións ten coñecemento experto e/ou experiencia na atención a mulleres vítimas de VCM nas súas distintas formas (véxase o gráfico), aínda que o 46,7 % sinala que en materia de XS o seu coñecemento é fundamentalmente teórico.

Gráfico 11. Entidades expertas consultadas segundo a área de coñecemento e/ou intervención



Fonte: Elaboración propia

O 70 % das organizacións considera que a aplicación do enfoque interseccional no seu traballo é total e o 30 %, bastante. En canto ás mulleres con maior vulnerabilidade que están presentes nas súas actuacións, sinalaron que estas son mulleres migrantes/estranxeiras (arredor do 80 % das entidades), racializadas (50 %) ou refuxiadas (40 %) e tamén mulleres novas e menores (70 %).

O ámbito de *expertise* das persoas participantes na enquisa foi diverso, destacando lixeiramente os perfís profesionais do ámbito da psicoloxía e persoas académicas, divulgadoras e/ou profesoras.

10.1.2. Actuacións en materia de XS

As entidades e persoas expertas consultadas e que tomaron parte na enquisa sinalan que, debido a que en España a XS é ilegal, **non existen recursos especializados de atención** a esta forma de violencia nin ás súas vítimas. Tamén manifestan que descoñecen se existen protocolos de atención ou de coordinación institucional e/ou mesas ou protocolos de seguimento para esta forma de violencia que fosen promovidos por outro tipo de organizacións. En calquera caso, nin as EELL, nin as organizacións, nin as persoas expertas consultadas interviñeron con mulleres vítimas de XS no Estado español.

Se se pon o foco en posibles **vítimas de XS que poidan chegar a España**, o protocolo de intervención que habería que seguir con elas podería ser similar ao que se segue coas mulleres vítimas de trata ou prostitución. Ademais, debe terse en conta que, ao

tratarse de mulleres migrantes, poden presentar algúns obstáculos no acceso a recursos: descoñecer os recursos e servizos que teñen á súa disposición no noso país; non saber onde acudir para pedir axuda; barreiras idiomáticas ou culturais; desconfianza na administración —especialmente mulleres de países en vías de desenvolvemento ou de países con alto índices de corrupción—, entre outros. (E8)

As EELL non advirten ningunha particularidade na **atención ás mulleres vítimas de XS** e formulan que esta debe ser igual á que se presta a outras vítimas; no sentido de facer extensivo os mesmos dereitos e recursos.

En xeral, todas as expertas consultadas coinciden na importancia de incorporar ás **políticas de cooperación internacional para o desenvolvemento** a XS. Na súa opinión, os países que prohiben a XS no seu territorio, como España, teñen a **obligación moral e ética de impulsar e financiar programas de cooperación internacional** que protexan as mulleres máis vulnerables en cuxos países se leve a cabo a XS, proporcionándolles determinados recursos como educación ou recursos materiais e financeiros que lles permitan defenderse da explotación dos seus corpos.

As actuacións sobre a XS en España céntranse, como xa foi sinalado, en accións **de sensibilización** cara á cidadanía. A concienciación realízase fundamentalmente a través das organizacións e entidades feministas. Grazas a elas, desenvolvéronse manifestos, charlas, formación, concentracións, recollidas de sinaturas e materiais de divulgación en prensa e en medios de comunicación en liña.

- Estas accións diríxense de maneira xeral á cidadanía, pero de maneira particular ás persoas que recorreron á XS (pais/nais-parte compradora) ou planean facelo e ás administracións públicas.
- Habitualmente lévanas a cabo as propias organizacións que as deseñan, pero tamén en coordinación con outras organizacións feministas tanto de España coma internacionais, como CIAMS, No somos Vasijas, a Rede estatal contra o alugamento de ventres, Stop Ventres de Alquiler, l'Escola AC etc.
- A continuación, sinálanse algunhas experiencias de interese no ámbito internacional e nacional.

10.2. Experiencias de interese

No ámbito internacional, destaca a actuación das seguintes organizacións que realizan un traballo de observación, estudo, denuncia e concienciación sobre a XS:

A **Coalición Internacional pola Abolición da Xestación por Substitución**¹⁵⁸ — CIAMS, polas súas siglas en francés— é unha asociación internacional que promove os dereitos das mulleres desde a perspectiva feminista. O seu principal obxectivo é «contribuír á adopción e á posta en práctica de lexislacións e políticas públicas que promovan a abolición da xestación por substitución no ámbito nacional, europeo e internacional»¹⁵⁹.

Está formada por numerosas entidades de distintos países, entre as que se atopan as seguintes organizacións de España: Rede estatal contra o alugamento de ventres; No somos Vasijas; Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas; Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres; Stop Ventres de Alquiler; Federación Mujeres Jóvenes; FAC

Como xa se explicou, non se puido acceder a experiencias de intervención con nais subrogadas no **contexto das EELL en España**, non obstante, localizáronse algúns exemplos de prácticas de sensibilización e concienciación relacionadas coa temática promovidas por gobernos locais:

Como exemplo de compromiso institucional e acordo local, pode sinalarse a acción do **Consello Municipal da Muller xunto coa Concellería de Benestar Social**

Feministas al Congreso e Fórum de Política Feminista.

Stop Surrogacy Now¹⁶⁰ é unha organización internacional —asociada ao Centro de Bioética e Cultura (CBC)— que agrupa organizacións e profesionais de diversos ámbitos e procedencia que se opoñen á explotación reprodutiva das mulleres e á trata de menores a través da XS. As organizacións membro manifestan, a través da firma da Declaración, a preocupación polos aspectos sociais, humanos, económicos, xurídicos e culturais derivados da xestación subrogada. Na Declaración de Stop Surrogacy Now¹⁶¹ instan a colaboración dos gobernos nacionais do mundo e das e dos líderes da comunidade internacional para lle poñer fin á XS.

do Concello de Marín (Pontevedra). Mantiveron unha reunión en novembro de 2018 con motivo da conmemoración do 25N, Día Internacional para a Eliminación

¹⁵⁸ Coalición Internacional pola Abolición da Xestación por Substitución (CIAMS). Acceso

¹⁵⁹ Estatutos CIAMS. Acceso

¹⁶⁰ Stop Surrogacy Now. Acceso

¹⁶¹ Declaración de Stop Surrogacy Now. Acceso

da Violencia contra a Muller. Ademais de establecer os premios outorgados á intervención local fronte á violencia de xénero, estes órganos decidiron expresar un acordo público contra a regulación dos ventres de alugamento¹⁶².

Tamén destacan en actuacións de promoción do coñecemento: o Concello de Mérida colaborou na charla-debate¹⁶³ «Ventre de alugamento vs. Xestación por subrogación: unha mirada crítica» realizada en 2015 e que pretendía expoñer a postura regulacionista fronte á abolicionista. O Concello e a Deputación de Lugo, dentro da programación de actividades de «Mulleres con forza» que realizaron en conmemoración do 8M de 2019,

participaron na presentación pública do libro *Ventres de alquiler* de Nuria González, profundando na realidade da XS mediante a abordaxe da situación xurídica, a práctica e as consecuencias que esta ten sobre as mulleres xestantes.

A Deputación de Pontevedra, dentro dos cursos en liña en materia de igualdade, imparte a formación «Ventres de alugamento: explotación reprodutiva e feminización da pobreza».

O Concello de Sevilla organizou a finais de 2017 o II Ciclo Outono Feminista que, entre outras actividades, incluíu xornadas de reflexión¹⁶⁴ sobre a XS/ventres de alugamento.

Desde o traballo das **asociacións feministas e de mulleres**, destaca a acción da **Rede estatal contra o alugamento de ventres (RECAV)**¹⁶⁵, No somos Vasijas e Stop Ventres de Alquiler.

RECAV foi fundada por un grupo de organizacións e activistas que se uniron para loitar contra a XS e defender os dereitos colectivos das mulleres. Na actualidade, pertencen á RECAV máis de 150 organizacións feministas procedentes de todo o territorio estatal. Ademais,

Tamén existen exemplos sobre iniciativas locais de asociacións feministas, como os seguintes. A **Asociación Feminista Marea Violeta Jerez** organizou en 2019, coa colaboración de Stop Ventres de Alquiler, a xornada de divulgación «Explotación reprodutiva e mercado de bebés». A

¹⁶² *Faro de Vigo*, 2018. Marín rexeita a regulación sobre ventres de alugamento e esixe abolir a prostitución. Acceso

¹⁶³ Charla-debate: Ventre de alugamento vs. Xestación por subrogación: unha mirada crítica. Acceso

¹⁶⁴ II Ciclo Outono Feminista. Acceso

¹⁶⁵ Rede estatal contra o alugamento de ventres (RECAV). Acceso

destacan outras tres organizacións especializadas na denuncia e sensibilización que son No somos Vasijas¹⁶⁶, Stop Vientres de Alquiler¹⁶⁷ (SVA) e a Rede académica internacional de estudos sobre prostitución e a pornografía (RAIEPP).

En canto a «**No somos Vasijas**», trátase dunha plataforma formada co intento de impedir os posibles intentos de regulación da XS en España. Pola súa banda, **Stop Vientres de Alquiler** é un proxecto de divulgación feminista cuxo obxectivo principal é impulsar o coñecemento e crear conciencia social sobre a XS como unha forma de violencia contra as mulleres e unha práctica contemporánea de explotación reprodutiva e venda de bebés.

Varias **universidades públicas** tamén realizaron actuacións (congresos, conferencias e seminarios) sobre xestación subrogada que poderían replicarse desde gobernos locais. Exemplos diso son:

A conferencia organizada pola **Universidade Nacional de Educación a Distancia** (UNED) en marzo de 2023, que foi impartida pola antropóloga Mercedes Fernández-Martorell baixo o nome «Encargar humanos»¹⁶⁸.

Asociación de Mujeres para la Salud (AMS), en conmemoración do 28 de maio —Día Internacional de Acción pola Saúde das Mulleres—, e coa colaboración do Concello de Madrid, realizou a xornada «As maternidades» na que, entre outras temáticas, se abordaron cuestións relativas á violencia sobre a maternidade e particularmente a filósofa feminista Ana de Miguel tratou sobre «A nova maternidade neoliberal: os ventres de alugamento».

feminista Laura Nuño sobre «Maternidades, SA.: O negocio dos ventres de alugamento»¹⁶⁹.

Ou o congreso internacional «Debates teóricos e xurídicos: explotación

¹⁶⁶ No somos Vasijas. Acceso

¹⁶⁷ Stop Vientres de Alquiler (SVA). Acceso

¹⁶⁸ Conferencia «Encargar humanos». Acceso

¹⁶⁹ Seminario «Maternidades, SA.: o negocio dos ventres de alugamento». Acceso

O seminario permanente que a **Universidade Carlos III de Madrid** ofrece en aberto desde 2020 da politóloga e

reprodutiva e xestión comercial»¹⁷⁰ organizado pola **RAIEPP** en 2022, entre outras actuacións do ámbito académico.

¹⁷⁰ Congreso internacional «Debates teóricos e xurídicos: explotación reprodutiva e xestión comercial». Acceso

11. Violencia ou crimes en nome «da honra»

11.1. Descrición do problema e tipoloxías

Os crimes «de honra» ou crimes cometidos en nome «da honra» (CNH) son un tipo de violencia contra as mulleres (VCM) que comprende un **amplo *continuum* de mecanismos de control de diferente gravidade cuxa expresión máis extrema é o asasinato** (*feminicidio por honra*) (Mayeda, Vijaykumar e Chesney-Lind, 2018). No marco da Unión Europea están recollidos dentro do Convenio de Istambul, que orienta a acción dos poderes públicos en materia de loita contra a violencia contra as mulleres (CVM).

Aínda que as súas vítimas son **principalmente mulleres**, pois son sobre as que recae en maior medida a noción de «honra», tamén afecta a persoas non binarias, homes e mulleres do colectivo LGTBQ+.

Algunhas institucións e autoras consideran que é máis adecuado que se denomine «**violencia baseada na honra**» (VBN) (véxase ao respecto, Mayeda e Vijaykumar, 2016) ou «**violencia e opresión relacionadas coa honra**» (como fai a Axencia de Igualdade de Xénero de Suecia). Iso débese a que **as prácticas coercitivas son máis amplas** ca os seus exemplos máis extremos, que se centran no castigo para a restauración «da honra». Polo momento, o Convenio de Istambul denomínasas CNH.

De acordo co Servizo de Estudos do Parlamento Europeo (2015: 2), a connotación de «crime» tamén é criticado porque «disfraza a natureza premeditada do crime ou fai demasiado fincapé na “honra”, polo que en certo xeito pode validar o motivo do crime» (véxase Welchman e Hossain, 2005). Algunhas alternativas suxeridas polo EPRS son «feminicidio» ou «asasinatos por vergoña».

A **vulneración «da honra»** é unha noción complexa, central nas sociedades patriarcais, que fai referencia a diferentes **valores morais, relixiosos e culturais en relación co comportamento esperado dos membros femininos** dunha familia (nuclear ou extensa) ou outra afiliación comunitaria ou relixiosa (por exemplo, tribo, etnia, clan etc.) en función dos roles de xénero vixentes.

Desta forma, tal e como sinalan Mayeda e Vijaykumar (2016:354), «un sistema familiar baseado na honra descansa nunha construción social ríxida da comprensión da femineidade e da masculinidade, e baixo ese sistema a suposta pureza sexual das mulleres e das nenas é fundamental para a reputación da familia»¹⁷¹.

Todo iso ten as seguintes implicacións:

- Os comportamentos das mulleres **afectaríanlle ao conxunto do grupo**, polo que os seus intereses e necesidades quedarían subordinados aos do colectivo, pois as súa transgresións poñen en risco a «honra» do conxunto.
- Por este motivo, as mulleres están suxeitas a un **estreito control familiar e comunitario**; sobre todo dos seus comportamentos sexuais (por exemplo, a virxindade ou a fidelidade) e actitudes (por exemplo, modestia, pudor, rectitude).
- O control **comprende, entre outras cousas**: a vixilancia dos espazos aos que poden acceder soas ou acompañadas, o seu uso e horario; as persoas coas que poden interactuar, sobre todo homes; a súa forma de vestir; as actividades que poden realizar (de lecer, profesionais ou doutro tipo); a priorización das necesidades familiares etc.
- Tamén implica **prácticas nocivas**, como son as probas de virxindade, a MXF e os matrimonios forzosos; que tamén son considerados VS e VR.
- Esíxelles **estar fóra de comentarios**, rumores ou faladurías que funcionarían como mecanismos de control patriarcal (Sen, 2005). En contextos de diáspora, os rumores poden chegar ao país de orixe da familia, «o que leva a un nivel macro de opresión que cruza as liñas internacionais» (Mayeda e Vijaykumar, 2016: 357).
- Este control é **exercido tanto por homes coma por mulleres** e no seu conxunto ten como consecuencia un contexto de opresión.

Entre os comportamentos ou situacións que **poden supoñer unha afronta «á honra»** atópanse actitudes non recatadas, vestimentas, eleccións profesionais, non ser heterosexual, ter unha identidade de xénero non binaria ou diferente á asignada, relacionarse con homes alleos á

¹⁷¹ Tradución propia do orixinal en inglés.

familia, denunciar incidentes de malos tratos domésticos ou violencia de xénero, non seguir preceptos relixiosos, negarse a contraer un matrimonio concertado, conflitos co dote, negarse á MXF das fillas ou ao seu matrimonio precoz, solicitar o divorcio, o adulterio, ter relacións afectivas prematrimoniais, non ser virxe ou quedar embarazada fóra do matrimonio. As vítimas de violación poden mesmo ser consideradas «causantes» da súa propia violencia (Stenger e Jones, 2019).

Polo tanto, cando se percibe un **risco potencial ou unha afectación na «honra»** (*vergoña*), requírese dunha **acción correctiva** (*restauración*), cuxo grao de severidade variará en función da familia e do contexto.

Os modos de expresión da VNH ou **as súas tipoloxías son varias:**

- Castigos ou sancións de tipo afectivo
- Perda de liberdades persoais
- Restricións á liberdade de movemento
- Restricións no contacto con homes
- Violencia verbal e psicolóxica
- Illamento comunitario e ostracismo
- Traslado correctivo ou secuestro ao país orixinario ou de referencia da diáspora
- Traslado correctivo ou secuestro a un terceiro país para residir con outros familiares
- Retención no fogar contra a vontade ou secuestro
- Abuso físico non letal
- Ataques con ácido
- Violación correctiva
- Aborto forzado
- Indución ao suicidio
- Asasinato

A incidencia da VBH ou CNH parece diminuír na medida en que:

- A noción de «honra» se transforma en función dalgúns cambios socioculturais que lles afectan sobre todo ás mulleres (relacionados co matrimonio, o dote e, en xeral, a situación social das mulleres e das persoas non binarias).
- Diminúe a tolerancia social á violencia libremente exercida por parte de familiares (perde lexitimidade).
- O Estado reforza a protección da cidadanía en xeral e das mulleres en particular e mellora a eficacia do dereito civil (pérdese impunidade); ao tempo que se promoven e se protexen os dereitos das mulleres e das persoas LGTBQ+ (avánzase na igualdade de xénero).

11.2. Características e necesidades das vítimas

11.2.1. Principais colectivos afectados

De acordo con Stenger e Jones (2019), nas comunidades propensas á VBH, a escasa protección xurídica e o acceso inadecuado á información das vítimas adoitan facer que as mulleres sexan vulnerables.

A pesar de que os CNH están asociados a xeografía afastadas de España, o certo é que a noción «de honra» e a súa corrección ou castigo están **presentes en todas as culturas** aínda que de maneira distinta, pois o termo pode variar nas súas connotacións. Aínda que estes delitos se asociaron na súa maioría co islam, tamén ocorren nas comunidades hindú, sij, drusa, cristiá e xudía (EPRS, 2015).

En Europa hai prácticas que (case) desapareceron e outras perduran de forma desapercibida para a maioría da sociedade. Por exemplo, algunhas das que subsisten son as violacións correctivas a mulleres lesbianas ou as terapias correctivas a persoas do colectivo LGTBQ+; outras perderon lexitimidade, como son os asasinatos relacionados co adulterio.

Neste sentido, é necesario sinalar que, **en España, o franquismo** no período ditatorial supuxo a instauración dunha orde simbólica e legal que potenciou a acción contra as mulleres en nome «da honra» (Cenarro Lagunas, 2018; Noblet, 2021).

Nesta liña, Noblet (2021: 164-165), sinala que «o Código civil e o Código penal se forman co fin de establecer o delito de adulterio cun tratamento diferenciado segundo o sexo do autor, de suprimir case toda condena en caso de crime de honra contra unha filla ou

unha esposa, e de castigar con penas de cárcere as mulleres que abortasen. (...). É evidente, pois, que despois de 1939, detrás do pai e do esposo responsable se esconde máis frecuentemente ca antes (e con menos discreción) o *pater familias* todopoderoso, que garante (e posúe) a honra colectiva. (...) Nos anos 1940 e 1950, trátase máis dun «xefe de familia» ca dun «pai de familia».

Non queda, pois, tan afastado de nosas **propias referencias culturais** a noción de «honra».

Na actualidade, os CNH aluden tanto a prácticas *nocivas* coma a costumes derivados de valores patriarcais que, nas súas expresións máis notorias, teñen **maior prevalencia nunhas rexións do mundo** ca noutras; aínda que as medicións son insuficientes ou se carece delas en moitos países, polo que os datos cuantitativos deben de tomarse desde unha perspectiva aproximativa.

De acordo coas investigacións dispoñibles e cos datos de organismos internacionais, hai unha maior prevalencia no **subcontinente indio de Asia, norte de África, Oriente Medio e entre as diásporas procedentes das devanditas zonas** que residen noutras partes do mundo, incluídas, por suposto, Europa e, polo tanto, **en España**.

- O feito de que a VNH estea presente entre as formas de violencia comúns de VCM nalgunhas rexións **non significa que toda a poboación orixinaria estea exposta a ela nin a perpetre**.
- A comisión de CNH está relacionada, en ocasións, só coa pertenza a grupos (ás veces minoritarios) dalgunhas zonas, expresións relixiosas, clans específicos, e tamén con valores familiares concretos. Ademais, a súa práctica pode variar en función da súa **orixe rural ou urbana**.
- Por todo iso, é preferible **fuxir de xeneralizacións e estereotipos** que poden afectar ao conxunto da poboación procedente dalgunhas nacionalidades; inducendo con iso á **discriminación, racismo e xenofobia**, o que ademais provoca o afastamento das potenciais vítimas dos recursos de atención.

En canto á **expresión dalgunhas violencias específicas**, cóñécense os seguintes datos.

- Sobre a **MXF**, segundo a UNFPA (2020b), esta afectoulles polo menos a 200 millóns de nenos e mulleres e practícase en comunidades de todo o mundo (aínda que principalmente na África subsahariana e nos Estados árabes):

- África: Benin, Burkina Faso, O Camerún, O Chad, Costa do Marfil, Djibouti, Exipto, Etiopía, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Malí, Mauritania, Níxer, Nixeria, República Centrafricana, República Democrática do Congo, República Unida de Tanzania, Senegal, Serra Leoa, Somalia, Sudán, Togo, Uganda e Zambia.
- Asia: A India, Indonesia, Malaisia, Paquistán e Sri Lanka.
- Oriente Medio: Emiratos Árabes Unidos, Omán, Iemen, Iraq e no Estado de Palestina.
- Europa do Leste: Xeorxia e a Federación Rusa.
- América do Sur: Colombia, Panamá, Ecuador e O Perú.

A orixe étnica é o factor máis relevante para a prevalencia da MXF, que vai máis aló da clase socioeconómica e o nivel educativo, aínda que hai excepcións en relación coa orixe urbana ou rural da poboación (UNFPA, 2020b).

Con respecto ao matrimonio infantil¹⁷², aínda que se rexistra en todo o mundo, os países onde a práctica ten maior prevalencia (moi por encima do 50 % da poboación feminina infantil) son Níxer, República Centrafricana, O Chad, Bangladesh e Burkina Faso. En termos globais A India, A China, Paquistán, Afganistán e Irán son países onde a práctica está cumpridamente arraigada. Os países de gran prevalencia onde se rexistrou un descenso notorio na práctica son Bangladesh, Etiopía, A India, Indonesia, Armenia, Esuatini (antes Swazilandia), Maldiva, Ruanda e Tunes (UNICEF, 2021).

O seu número no mundo ascendería a 765 millóns. Aínda que afecta tanto a nenas coma a nenos, as primeiras vense máis afectadas e as consecuencias son máis graves. Segundo a alianza mundial Girls Not Brides, cada ano 12 millóns de nenas e adolescentes casan antes de faceren os 18 anos.

- Non sempre é posible diferenciar con claridade os datos de unións ou matrimonios forzados infantís daqueles que **afectan a mulleres a partir de 18 anos**. A súa extensión é mundial e non debe de asimilarse aos matrimonios concertados nin de conveniencia, aínda que estes poden chegar a convertérense en forzosos cando non se permite a súa disolución (véxanse as diferentes relacións, por exemplo, en Naz Ali Kousar, 2023).

¹⁷² Alude a calquera tipo de matrimonio formal ou unión informal no que un ou os dous contraentes teñen menos de 18 anos (UNICEF).

Aínda existen poucos estudos da súa prevalencia en Europa (véxase a investigación promovida pola FEMP ao respecto, 2023). Pola súa banda, a Rede de traballo sobre os matrimonios forzados en España (2023) indica a importancia da súa práctica entre comunidades e etnias da China, A India, Paquistán, Turquía, Irán, Afganistán, Bangladesh, Iraq, Marrocos, Senegal e Gambia, entre outros.

- En canto ás **probas de virxidade** (véxase o capítulo 3), de acordo coa Declaración para eliminar os test de virxidade (WHO, ONU Mulleres, OHCHR, 2018:7), entre os países onde se documentou esta práctica atópanse Afganistán, O Brasil, Exipto, A India, Indonesia, Irán, Iraq, Xamaica, Xordania, Libia, Malawi, Marrocos, Territorios Palestinos Ocupados, Sudáfrica, Sri Lanka, Swazilandia, Turquía, O Reino Unido, Zimbabwe, Bélxica, O Canadá, Os Países Baixos, Suecia e España.

En España **débese á presenza de diásporas**, pero tamén se fai referencia á **poboación xitana**. No noso país tende a exacerbase a súa presenza na comunidade romaní española en referencia aos exames rituais da virxidade como parte dos actos de celebración asociados ao matrimonio ou á unión de parella.

As expertas consultadas ao respecto sinalan que a proba da virxidade **non é algo que caracterice o pobo xitano**, senón que foi unha práctica «adquirida» a partir do seu «fomento» na corte dos Reis Católicos, os cales querían incentivar a moral cristiá entre as mulleres. O pobo xitano é diverso e a proba do pano non está xeneralizada. En España está en desuso e realizaríase soamente cando hai unha aceptación libre por parte da noiva. Certamente, está asociada á noción patriarcal de «orgullo», aínda que na actualidade se considera que non existiría a posibilidade de «deshonra», debido a que se a proba se dá sucede cando a muller o decide e o resultado non contradiría a expectativa.

- En canto aos **«feminicidios ou asasinatos por honra»** ou en nome «da honra», existe unha subestimación da súa incidencia, xa que a cuantificación segue sendo moi deficiente en xeral. O seu obxectivo sería a restauración «da honra» familiar.

A maioría produciríase en Oriente Próximo e sur de Asia. A OMS estimou (2012) que mundialmente se producían arredor de 5000 asasinatos cada ano en nome «da honra». Non obstante, como sinala Valcárcel, «estas cifras poderían engrosarse considerablemente tendo en conta os casos non reportados, así como a falta de estatísticas nacionais e internacionais oficiais ao respecto» (2020: 59).

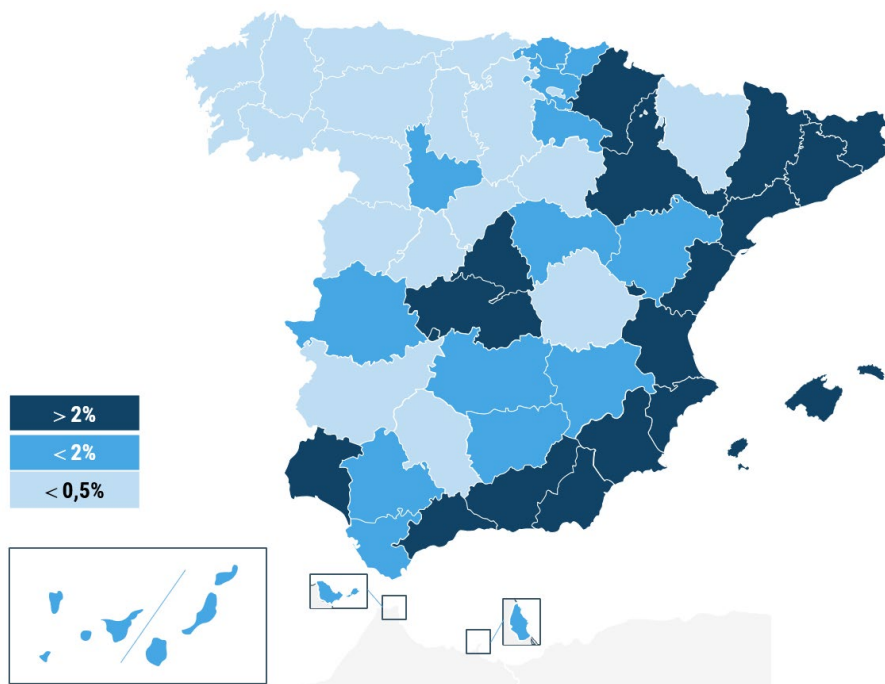
Tendo en conta todo o anterior, **en España** —onde non hai unha medición oficial da prevalencia dos CNH como tales— poderíase estimar que **hai grupos de mulleres que poderían estar a enfrontar un maior risco**. Referímonos ás nenas e mulleres de diásporas onde a persistencia e prevalencia dos CNH nos seus países de orixe é maior. Iso non exclúe a poboación nativa española, pero sitúaa ante un risco menor de VBH (que non inexistente).

Partindo deste feito, e centrándonos na poboación de orixe migrante, realizouse unha **análise do padrón** en función da **poboación feminina por país de nacemento** en España, valorando aquelas nacionalidades máis numerosas no noso país.

Seguíronse os seguintes criterios:

- Considerouse a división en provincias porque favorece a acción local sobre o fenómeno.
- Valorouse a presenza do conxunto de nacionalidades con prevalencia de CNH respecto do total de poboación feminina empadroada (%). A clave non é a nacionalidade senón o peso de poboación feminina en risco.
- Moitas das nacionalidade teñen moi escasa presenza en España, polo que para considerar o fenómeno ten maior interese un enfoque rexional. Desta forma consideráronse as seguintes procedencias:
 - África: Gambia, Malí, Marrocos, Alxeria, Sudán e Sudán do Sur.
 - Asia (subcontinente indio): A India, Paquistán e Bangladesh.
 - Oriente Medio: Exipto, Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Irán, Xordania, Kuwait, O Líbano, Qatar, Iemen, Siria e Turquía.
- Para valorar o **grao de vulnerabilidade aos CNH**, estableceuse este criterio:
 - Vulnerabilidade alta: se se supera o 2 % de poboación sobre o total de mulleres.
 - Vulnerabilidade media: cando o peso poboacional sexa do 0,5 % ata o 2 %.
 - Vulnerabilidade baixa: cando a poboación feminina sexa inferior ao 0,5 %.

Ilustración 8. Mapa da vulnerabilidade (*) potencial aos CNH en España (por provincias). % de mulleres estranxeiras** sobre o total de poboación feminina



Elaboración propia. INE (2023) Explotación estatística do padrón de habitantes

Notas:

(*): Alta: 2 %-15 %; Media: < 2 %; Vulnerabilidade baixa: < 0,5 %.

(**): Gambia, Malí, Marrocos, Alxeria, Sudán, Sudán do Sur, A India, Paquistán, Bangladesh, Turquía, Exipto, Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Irán, Xordania, Kuwait, O Líbano, Qatar, Iemen, Siria.

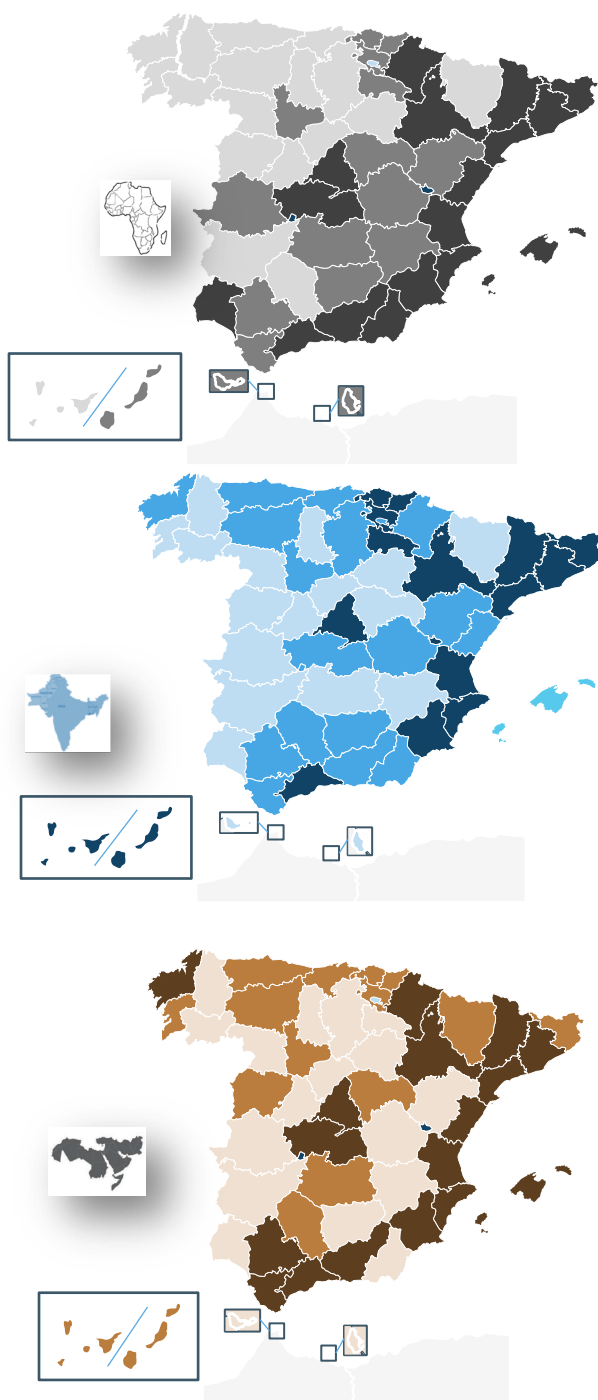
Desde unha perspectiva autonómica, onde hai unha maior presenza destas poboacións femininas é en Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidade Valenciana, Illas Baleares e Navarra.

Unha mirada máis detallada desde o enfoque da orixe xunto coa provincia indícanos que o peso poboacional varía segundo o continente de procedencia e que hai resultados que cambian. Nas ilustracións seguintes recóllense estas diferenzas.

Respecto da **procedencia africana**, é necesario considerar a súa presenza en todas as provincias de Cataluña, da Comunidade Valenciana e nas Illas Baleares, así como en Murcia, Madrid, Málaga, Huelva, Granada, Almería, Navarra, Zaragoza e Toledo.

En canto ás mulleres de procedencia asiática —en relación co **subcontinente indio** (Bangladesh, A India e Paquistán)—, as provincias ás que hai que prestarlle máis atención á poboación feminina serían todas as Illas Canarias, Illas Baleares e todas as provincias de Cataluña e do País Vasco, xunto con Murcia, Alacant, Valencia, Madrid, Málaga, Zaragoza e A Rioxa.

Ilustración 9. Mapas da vulnerabilidade (*) potencial aos CNH en España, por provincias e segundo rexión de orixe das mulleres (África; subcontinente indio; Oriente Medio). % de empadroadas (por país de nacemento**) sobre o total de poboación feminina



Elaboración propia. INE (2023) Explotación estadística do padrón de habitantes

Notas:

(*): Vulnerabilidade alta: 2 %-15 %; Vulnerabilidade media: < 2 %; Vulnerabilidade baixa: < 0,5 %.

(**): Gambia, Malí, Marrocos, Alxeria, Sudán, Sudán do Sur, A India, Paquistán, Bangladesh, Turquía, Exipto, Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Irán, Xordania, Kuwait, O Líbano, Qatar, Iemen, Siria.

Respecto das mulleres de países de **Oriente Medio**, estas atoparíanse residindo nas provincias de Barcelona, Tarragona, Lleida, Madrid, Cádiz, Málaga, Granada, Sevilla, todas as provincias da Comunidade Valenciana e as Illas Baleares, ademais de Toledo, Murcia, Navarra, Zaragoza e A Coruña.

Pola súa banda, nas **enquisas e entrevistas a persoas e organizacións expertas**, aludiuse a algúns perfís concretos de mulleres que chegaron a diferentes recursos de atención social.

En primeiro lugar, aludiuse a mulleres **que demandan protección internacional** en España.

- Neste sentido, sinaláronse como vítimas de CNH mulleres novas e de mediana idade (entre 20 e 45 anos), con poucos estudos e importantes dificultades co idioma (castelán), xeralmente con menores a cargo e que en moitos casos viñeron soas a España fuxindo da violencia de xénero e solicitando asilo por persecución de xénero. Proceden sobre todo de Afganistán, Irán, Paquistán, exrepúblicas soviéticas (sen especificar) e países da África subsahariana e do Magreb (sen determinar nas enquisas), así como Honduras, O Perú e Colombia.
- O perfil das mulleres que solicitan protección en España e a súa **vinculación coa protección internacional** por motivos de xénero foi descrita no capítulo 5 (AEAF: mulleres vítimas e as súas necesidades).

En segundo lugar, aludiuse ás **mulleres xitanas/romanís** españolas, a pesar de que non son unha poboación considerada usualmente dentro da VBH.

Ao longo do traballo de campo, nas enquisas e nas entrevistas, sinalouse que algunhas mulleres de etnia xitana poderían ser unha poboación que se enfrontase a riscos asimilables aos CNH. Falta investigación social para poder valorar a situación no pobo xitano, pero ningún organismo internacional asimilou a noción «de honra» a esta minoría étnica.

Con todo, resulta de interese considerar que as solucións ás expresións de violencia machista requiren prestarlles atención a algúns trazos culturais propios (como é o peso da familia e a presenza de prescitores comunitarios relevantes). Dado que a poboación xitana é a minoría étnica maioritaria en España (e na Unión Europea), convén considerar a información recompilada e valorar tamén as **lagoas de información que existen en relación coas necesidades das mulleres de etnia xitana** en relación coa presión familiar e a VCM.

- A partir da experiencia dalgúns recursos de servizos sociais e de atención á VX, valorouse que algunhas mulleres xitanas experimentan coercións e ameazas **por parte das súas familias directas e extensas** en relación con algúns comportamentos femininos transgresores: fóra da expectativa ou que buscaban unha solución distinta ou fóra dos procedementos de resolución familiar ou comunitaria de conflitos.
- Respecto dos devanditos **comportamentos**, fíxose alusión á ruptura (separación ou divorcio) por parte da muller da súa relación de parella baixo razóns *non admisibles*, a infidelidade, a petición da custodia dos e das menores tras unha separación non consensuada, a denuncia policial por VX ou pola falta de pagamento de pensións/manutención tras unha separación ou divorcio á súa exparella e a denuncia policial por unha agresión sexual cometida por un home xitano da comunidade.
- Estas vítimas **experimentarían** ameazas, intimidación, agresións físicas, violación, repudia, illamento social, perda de custodia (acceso aos seus fillos e fillas) e desterro. As ameazas eran extensivas á súa descendencia (fillos e fillas) ou á súa familia directa (pai, nai, irmáns e outros parentes). Así mesmo, experimentaban a advertencia de ser responsables de provocar un (grave) conflito entre familias (*guerra*), con consecuencias potencialmente nefastas para todos os seus membros. Todas estas consecuencias (vividas ou temidas) serían enunciadas por estas usuarias como «a ruína» ante as profesionais.
- Debido a iso, moitas das vítimas **cambiarían as súas decisións** ante a denuncia, a ruptura ou abandono da parella, a cesión da custodia, a renuncia á manutención etc., polo que os seus dereitos se viron vulnerados.
- Algunhas informantes aludiron tamén á proba do pano como unha práctica nociva.

A percepción das profesionais que traballaron estes casos de atención é que, en tales situacións, se **castigaban as mulleres que transgredían** normas fóra do tolerado polas súas familias —a propia e/ou a da súa parella—, porque neses casos os valores morais sostidos polas relacións familiares primaban sobre os dereitos individuais das mulleres. Isto é un trazo característico de todas as sociedades patriarcais. Estas profesionais sentían que carecían de suficientes **ferramentas para garantir os seus dereitos, o seu acompañamento e apoio e tamén a súa seguridade.**

Pola súa banda, as organizacións que representan e defenden os dereitos da poboación xitana/romaní en España consideran que a denominación de «crimes en home da honra» **non se corresponde coas prácticas culturais do pobo xitano.**

Nesta liña, a Fundación Secretariado Gitano e a Federación Nacional de Asociacións de Mujeres Gitanas Kamira sinalaron que a referencia á etnicidade nos crimes machistas «prexudica a imaxe das persoas xitanas como comunidade, perpetuando prexuízos e estereotipos»¹⁷³.

O estudo de Duque Sánchez, Khalfaoui Larrañaga e Valls Carol (en diante, Duque Sánchez *et al.*, 2023), *Violencia de género en la población gitana*, promovido pola DGVX non ten entre os seus obxectivos a análise doutras VCM nin o papel familiar, pero mostra, non obstante, a importancia das familias dentro da comunidade xitana.

- No citado estudo pártese do recoñecemento da diversidade no papel que xogan as familias (unhas facilitadoras e outras perpetuadoras), como ocorre coas mulleres que non son xitanas. Non determina, xa que logo, que se dea un modelo específico de resposta familiar ante a VX.
- Alúdese a que «algunhas [víctimas] comentan que non denunciaron polo medo ás represalias cara á súa familia» (2023:30).
- Consideramos que este medo podería darse tamén en contextos pequenos e/ou rurais onde as familias teñen unha estreita vinculación a partir dos matrimonios e onde, ademais, a comunidade ten un papel vixiante das normas sociais e de xénero.
- Neste sentido, Franco e Guilló sinalan que unha vítima de VX no ámbito rural corre o risco de non contar con apoios e de ostracismo cando «non ten a lexitimidade outorgada da comunidade para contar coa axuda por algo que non é aprobado colectivamente» (2012:231)¹⁷⁴ (en relación, por exemplo, coa lexitimidade de separarse do maltratador, pero non de recorrer á denuncia policial).
- Considerouse que estas vítimas expresarían tamén «a importancia de non involucrar as familias de pertenza en conflitos e, ao mesmo tempo, resolver os problemas—incluído expresamente unha situación de violencia de xénero— coa familia. (...) Na relación coa

¹⁷³ Véxase FSG e Kamira (2014). Comunicado conxunto. Documento en liña (acceso)

¹⁷⁴ Véxase, por exemplo, FADEMUR/FADEMUR (2020): *Mujeres víctimas de violencia de género en el mundo rural*, Ministerio de Igualdade-DGVX; ou Folia Consultores (2010): *Violencia de género en los pequeños municipios del Estado español*, Madrid: Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade, DGVX.

familia é totalmente determinante *non preocupalos, non causarlles un desgusto, evitarlles vergoña*» (Guilló Girard *et al.*, 2010: 476).

- Duque Sánchez *et al.* (2023) mostran que, en ocasións, as mulleres xitanas deciden «non acudir á policía nin a institucións que ofrecen axudas» polo medo ás «consecuencias de acudir á policía, ou ben porque non están seguras do trato que recibirán, ou ben polas represalias posteriores» (2023: 33). É importante lembrar que o pobo xitano foi historicamente perseguido e discriminado (e séguese sendo). Así mesmo, a denuncia incrementa o risco de agresión cando non vai acompañada do adecuado desenvolvemento de medidas de seguridade para a vítima (calquera vítima, calquera violencia) adaptadas ás súas necesidades de protección.
- A citada investigación tamén mostra casos nos que si se ten o apoio de ambas as familias, a propia e a do agresor, e recolle a importancia de figuras de prestixio (xitanos e xitanas maiores) que farían de mediadores nestes casos (2023:31) e a de pastoras e pastores evanxélicos (2023:33).
- En liña con outras investigacións existentes, identifícase que a falta de información, a desconfianza, o medo a non ser cridas ou entendidas e a ausencia xeneralizada de profesionais xitanas son factores de influencia que afastan as mulleres xitanas/romanís das institucións de apoio.

É necesario mellorar o coñecemento sobre as VCM que afrontan as mulleres xitanas/romanís e as súas experiencias sobre estas.

11.2.2. Necesidades das vítimas

Desde o enfoque dos dereitos, e do mesmo xeito que ocorre coas vítimas da VR, as necesidades das vítimas de CNH son **as comúns a calquera outra vítima da VCM** (véxanse ao respecto os puntos 5.3. e 8.3. deste informe).

Estas refírense a información, orientación, apoio psicosocial, acompañamento xurídico-legal, atención residencial, seguridade-protección, atención sanitaria, atención psicolóxica e psiquiátrica, atención especializada ás súas fillas e fillos, vínculos ou redes sociais alternativas ao contorno agresor e reparación.

Doutra banda, e do mesmo xeito que se sinalou con respecto á VR, as vítimas de CNH, dependendo da tipoloxía que afronten, **terán, así mesmo, necesidades máis específicas**

debido ás características da violencia e aos perfís dos colectivos de mulleres máis afectados por ela.

Ao longo do traballo de campo fíxose referencia a cuestións como as seguintes:

- Acceso á protección internacional por motivos de xénero e rápida resposta.
- Servizos de **interpretación cultural** que transcendan a tradución e a mediación en servizos; que estean orientados ao apoio no acompañamento social e a relación cos recursos de atención.
- Considérase necesaria a presenza de mulleres **profesionais da súa etnia ou mesma procedencia** (pero non do seu círculo máis próximo, porque pode ser percibido como unha ameaza).
- Procesos de orientación e información que garantan o **anonimato**.
- **Comprensión:** as vítimas e sobreviventes necesitan unha atención especializada onde se entenda con precisión e empatía a complexidade das súas experiencias, transcendendo prexuízos culturais:
- O papel das redes familiares, a noción de lealdade, a vergoña, a loita interna entre valores e mandatos culturais, a sensación de traizón á familia, o illamento e a soidade.
- Así mesmo, necesitan sentirse comprendidas nas características da comunidade do seu barrio ou municipio de residencia, e a relación que existe entre esta e outras doutras localidades.
- Unha **valoración do risco e dos recursos de seguridade** para a súa protección moito máis precisa ca a actual. Entre outras, é necesario valorar cuestións como:
 - Riscos comunitarios e de diferentes perpetradores.
 - A protección no país de orixe, a elas se regresan e aos familiares que se atopan aí e son ameazados.
 - As prácticas culturais que lles afectan son difundidas con frecuencia por canles internacionais que chegan ás súas comunidades a España. Tal e como sinala a CEDAW, é necesario adoptar medidas adecuadas para conter esa difusión.
 - O traslado forzado con familiares a outra comunidade autónoma.
 - O traslado ou secuestro internacional das vítimas.
 - A mediación internacional que require o seu rescate e o retorno a España.

- As necesidades dos seus fillos e fillas e os riscos que corren.
- As características das situacións de crises ou emerxencia.
- Considéranse vítimas con especiais dificultades para **acceder a axudas á autonomía económica**, ás veces pola súa situación administrativa e a dependencia das redes familiares ou da parella. É vital a rapidez nas respostas.
- Requiren dunha **rede social de apoio**, pero enfróntanse a maiores **barreiras para acceder a grupos de mulleres**, en ocasións debido á discriminación (racismo, xenofobia ou antixitanismo) que se produce desde as asociacións locais de mulleres dos seus municipios.
- Hai poucos grupos de mulleres sobreviventes que fosen **perseguidas por motivos de xénero**.
- Hai poucos **espazos seguros de inclusión social** (interculturais e con perspectiva de xénero) que lles permitan construír novas relacións (de lecer, deporte, culturais etc.).
- O **acompañamento é a longo prazo** e, ás veces, ao longo da vida porque os agresores son sempre un risco potencial e son múltiples (en ocasións en varios países). Os procesos de recuperación neste tipo de violencia son máis complexos e moito máis lentos ca ante a VX e a VS.
- A VS e a VR están presente nalgunhas expresións dos CNH, polo que hai que garantirlles ás vítimas o acceso aos **recursos de SSR**.
- As vítimas **poden ter dificultades para solicitar axuda ou formular demandas**, sobre todo debido á falta de coñecemento dos seus dereitos e dos recursos dispoñibles e, en relación con isto último, tamén porque non elaboraron aínda a noción da súa propia vitimidade, pois **o contexto de opresión que experimentan está moi normalizado** e a súa ruptura cáusalles conflitos morais. Debe de facilitarse **o seu acceso á xustiza**, xa que a maioría destes delitos non adoitan denunciarse, nin sequera cando se poñen en coñecemento da policía (RSEP, 2015).

Necesítase moita escoita e interpretación da súa historia de vida, moitas non o teñen identificado como crimes de honra. É moi importante escoitalas para poder realizar unha adecuada identificación. (Entrevista a experta)

É necesario mellorar o coñecemento sobre as necesidades das vítimas a través de investigacións que poñan no centro o seu protagonismo.

11.3. Marco normativo e institucional

11.3.1. Contexto internacional e europeo

Os CNH entran no ámbito dos **dereitos humanos fundamentais** e a violencia contra as mulleres. Desta forma, faríase alusión a instrumentos usuais do dereito internacional das Nacións Unidas xa mencionados noutros capítulos do estudo, como son:

- Declaración universal dos dereitos humanos (1948).
- Pacto internacional de dereitos económicos sociais e culturais, Pacto de dereitos civís e políticos (1966) e Observación xeral núm. 28 do Comité de Dereitos Humanos, que indica que «a tradición cultural non debe aceptarse como defensa en casos de delitos de honra».
- Convención contra a tortura e outros tratos ou penas crueis, inhumanos ou degradantes (1984).
- Convención sobre os dereitos do neno (1990).
- Conferencias internacionais sobre as mulleres (desde México 1975 a Beijing 1995); en concreto a Plataforma de acción de Beijing e os seus indicadores e cumios de seguimento posteriores.
- Declaración para a eliminación da violencia contra as mulleres (1993), que menciona explicitamente os «crimes por honra» como unha forma de VCM.
- Declaración universal da Unesco sobre a diversidade cultural (2001), que condena a violencia derivada das prácticas culturais.
- Resolución /57/179 da Asemblea Xeral das NNUU, «Cara á erradicación dos delitos de honra cometidos contra a muller» (2002), e Resolución 58/147 sobre eliminación da violencia contra a muller no fogar, que insta a que os estados «non invoquen ningún costume, tradición ou consideración relixiosa para eludir a súa obrigaçión de eliminar a violencia contra a muller» (2003).
- O informe do secretario xeral do ano 2006 sobre o estudo a fondo sobre todas as formas de violencia contra a muller (A/61/122/Add.1) logrou que se aprobasen varias resolucións de gran relevancia: tres delas sobre a «intensificación dos esforzos para eliminar todas as formas de violencia contra a muller» (61/143, no ano 2007; 62/133, no 2008; e 65/187, no 2010).

- Convención para a eliminación de todas as formas de discriminación das mulleres (CEDAW, 1979).

Respecto da **CEDAW** como instrumento de referencia global para a erradicación da VCM en todas as súas formas, hai que aludir a algunhas das **súas recomendacións** que amplían a noción de violencia, de modo que os CNH comezan a ser máis visibles no conxunto das NNUU e as obrigacións dos estados:

- Recomendación xeral núm. 19: A violencia contra a muller (1992).
- Recomendación xeral núm. 28, relativa ás obrigacións básicas dos estados parte de conformidade co artigo 2 da Convención sobre a eliminación de todas as formas de discriminación contra a muller (2010).
- Recomendación xeral núm. 35 sobre a violencia de xénero contra a muller, pola que se actualiza a Recomendación xeral núm. 19 (2017).
- Recomendación xeral núm. 31 do Comité e Observación xeral núm. 18 do Comité dos Dereitos do Neno «sobre as prácticas nocivas», adoptadas de maneira conxunta no ano 2014).
- Alerta sobre as **obligacións dos estados** en determinadas formas de violencia: a MXF, o matrimonio infantil ou forzoso, a poligamia e os delitos cometidos **por motivos de «honra»**.
- Describe a **opresión** á que se ven sometidas as nenas e as crenzas machistas que a provoca, e determina que (énfases agregadas):
 - «Son **actos de violencia** que se cometen de maneira desproporcionada, aínda que non exclusiva, contra nenas e mulleres porque os familiares consideran que un determinado comportamento **suposto, subxectivo ou real** lle traerá a deshonra á familia ou a comunidade» (parágrafo 29).
 - «En lugar de percibilos como actos delituosos contra as mulleres, **a comunidade a miúdo aproba os delitos** cometidos por motivos de «honra» como un medio **para preservar ou restablecer** a integridade das súas normas culturais, tradicionais, consuetudinarias ou relixiosas despois de supostas transgresións. Nalgúns contextos, a lexislación nacional ou a súa aplicación práctica, ou a súa ausencia, permite que a defensa da honra **se presente como unha circunstancia eximente ou atenuante** para os autores deste tipo de delitos, o que desemboca en penas reducidas ou na impunidad. Ademais, a formación de causas penais pode verse obstaculizada pola

renitencia das persoas que teñen coñecemento do caso para achegar probas que corroboren o ocorrido» (parágrafo 30).

- E en función do anterior, lembra a obrigación dos estados para actuar de forma **diligente**, de maneira **holística e coordinada** (vertical e horizontalmente) entre todas as institucións públicas, así como potenciar os **dereitos das mulleres e das nenas e o seu apoderamento**.
- Ademais incide:
 - «Na obrigación de tomar todas as medidas apropiadas, incluídas **medidas especiais** de carácter temporal (art. 41)¹⁷⁵ para modificar os padróns socioculturais de conduta» (parágrafo 31).
 - «En asegurar a posta en marcha dun **mecanismo de vixilancia independente** que faga un seguimento dos progresos realizados» (parágrafo 35).
 - «Na reunión, análise, difusión e utilización periódica e exhaustiva de datos **cuantitativos e cualitativos**» (parágrafo 37).
- Determinados profesionais «ocupan unha posición extraordinaria para identificar a vítimas posibles ou reais de prácticas nocivas. (...) [as] normas de confidencialidade que poden entrar en conflito coa súa obrigación de denunciar (...). Hai que superar este obstáculo con regulamentos específicos que introduzan a obrigatoriedade de denunciar tales incidentes» (parágrafo 49).
- Traballar coa comunidade para deconstruír os supostos beneficios das prácticas nocivas e atopar alternativas á expresión dos valores culturais que os representan (parágrafo 59).

En canto ao marco da [Unión Europea](#), a referencia clave é, por suposto, o **Convenio do Consello de Europa sobre a prevención e a loita contra a violencia contra as mulleres** (2011), Convenio de Istambul.

O Convenio de Istambul foi precedido e seguido de varias **actuacións institucionais** de relevancia; deste xeito, é necesario apuntar:

¹⁷⁵ Recomendación xeral núm. 25 do Comité para a Eliminación da Discriminación contra a Muller, parág. 38.

- A Plataforma de Acción de Estocolmo de 2004 para Combater a Violencia de Honra en Europa, que deu lugar a varias recomendacións aos estados membros da UE.
- Fondos e diversos programas de financiamento como Progress, Daphne, Programa de dereitos, igualdade e cidadanía, FSE, FSE+, NextGeneration-UE.
- As resolucións 1327 (2003) e 1681 (2009), e a Recomendación 1881 (2009), que se dirixían aos delitos de «honra». Estas resolucións piden que se tomen medidas urxentes e se modifiquen as leis de inmigración para que a ameaza de crimes de honra sexa motivo suficiente para obter un permiso de residencia ou asilo. Tamén piden que se apliquen as leis que castigan os delitos de “honra”, que se exclúa a honra como atenuante ou defensa nos procesos penais (...)» (EPRS, 2015).
- A Resolución do Parlamento Europeo 2011 sobre o rostro da pobreza feminina na UE, na que insta os estados membros a tomar as medidas necesarias para eliminar os delitos de «honra».
- A Resolución do 5 de abril de 2011 sobre o novo marco para combater a violencia contra as mulleres, do Parlamento Europeo, alertou sobre os déficits existentes e aludiu especificamente aos asasinatos por «honra» e outros crimes de «honra», instando a Comisión a unha acción máis decisiva ao respecto.
- Pola súa banda, a Directiva 2012/29/UE do Parlamento Europeo e do Consello, do 25 de outubro de 2012, pola que se establecen normas mínimas sobre os dereitos, o apoio e a protección das vítimas de delitos, e pola que se substitúe a Decisión marco 2001/220/JAI do Consello, identifica os «delitos en nome da honra» como VCM (parágrafo 17).
- A Resolución de marzo de 2012 sobre a igualdade entre homes e mulleres na UE-2011 subliña que o paquete de medidas dos estados membros sobre as vítimas da UE debe incluír accións e recursos para combater os CNH
- A resolución de iniciativa legislativa do Parlamento, do 25 de febreiro de 2014, con recomendacións á Comisión para combater a violencia contra as mulleres, fixo especial mención dos delitos de «honra».

En canto ao **Convenio de Istambul**, os crimes en nome da «honra» quedan recollidos no seu preámbulo, na definición de VCM (art. 3), nas obrigacións xerais dos estados («art. 12.5. As partes velarán por que non se considere que a cultura, os costumes, a relixión, a tradición ou a

suposta "honra" xustifican actos de violencia incluídos no ámbito de aplicación deste convenio) e explicitamente no **artigo 42**:

Artigo 42. Xustificación inaceptable dos delitos penais, incluídos os delitos cometidos supostamente en nome da «honra»

1. As partes adoptarán as medidas legislativas ou doutro tipo necesarias para garantir que, nos procedementos penais abertos pola comisión dun dos actos de violencia incluídos no ámbito de aplicación deste convenio, non se considere a cultura, o costume, a relixión, a tradición ou a suposta «honra» como xustificación dos devanditos actos. Iso abarca, en especial, as alegacións segundo as cales a vítima transgrediría as normas ou costumes culturais, relixiosas, sociais ou tradicionais relativas a un comportamento apropiado.

2. As partes adoptarán as medidas legislativas ou doutro tipo necesarias para que a incitación feita por calquera persoa a un menor para que cometa calquera dos actos mencionados no apartado 1 non diminúa a responsabilidade penal da devandita persoa en relación cos actos cometidos.

O Consello de Europa (European Council, 2023) considerou, na elaboración do Convenio de Istambul, que os CNH «adoitan ser delitos que forman parte do panorama do dereito penal dos estados membros do Consello de Europa desde hai moito tempo», e que a diferenza era a **intencionalidade**, «cométense para perseguir un obxectivo distinto ou adicional para o efecto inmediato do delito» (o restablecemento da «honra» da familia). Deste xeito, «para ter en conta este aspecto, os redactores da convención **abandonaron a idea orixinal de introducir un delito penal independente** para os denominados «delitos de honra» e acordaron prohibir calquera intento de xustificar un comportamento delituoso baseándose na cultura, o costume, a relixión, a tradición ou a denominada "honra"». Esta é a razón do artigo 42.

Así mesmo, o **artigo 53** do convenio introduce ordes de afastamento e protección para todas as formas de violencia, incluídas os CNH. Do mesmo xeito, ás vítimas de CNH fánelles extensivos todos os recursos e servizos aos que se alude no convenio de apoio ás vítimas (véxanse os artigos 22 e 24).

Tamén se incide na importancia de que os estados valoren o **equilibrio entre a denuncia** de oficio e a protección á poboación en risco e a **necesaria confidencialidade** que require a **prestación de apoio** a estas vítimas (artigos 27 e 28); así como mellorar a súa protección (artigo 51) e garantir o dereito á **protección internacional** das vítimas (artigos 60 e 61).

Os **informes de avaliación de GREVIO**, o mecanismo de seguimento do Convenio de Istambul, puxeron de manifesto os retos pendentes na súa aplicación. Deste xeito, habería que considerar no contexto institucional actual o seguinte:

- Só catro informes de avaliación de referencia de GREVIO —en particular, os de Albania, Italia, Portugal e Turquía— abordaron o artigo 42 da convención:
 - Fan modificacións para asegurar de que non só o autor do crime senón tamén os membros do consello de familia que tomaron a decisión de realizar tal homicidio sexan imputados polo crime.
 - Chaman ao desmantelamento do concepto de que a *honra* e o prestixio do home ou da familia están intrinsecamente asociados á conduta ou presunta conduta das mulleres relacionadas con eles.
 - Procuran a formación de profesionais xudiciais e o seguimento das prácticas xudiciais.
 - Inciden na recompilación de datos.
- España non se atopa entre os devanditos países e tampouco se alude aos CNH no informe da Plataforma Sombra ao GREVIO 2018.
- O GREVIO alentou *fortemente* a que as partes asinantes integren a perspectiva de acción sobre os CNH no deseño, implementación, monitorización e avaliación de políticas para previr e combater a VCM nos *informes de avaliación de liña de base* sobre Albania, Andorra, Bélxica, Italia, Portugal, España e Turquía (2020: 48).

Por último, é necesario aludir a que a Asemblea Parlamentaria do **Consello de Europa** aprobou a **Resolución 2395 (2021), Reforzo da loita contra os chamados delitos de «honra»**; na que se fai un chamamento aos estados membros do Consello de Europa:

- Alude á sinatura e plena implementación do Convenio de Istambul.
- Incide en mellorar e reforzar a atención ás vítimas de CNH e o seu adecuado financiamento.
- Indica a importancia de atender adecuadamente as vítimas LGBTI.
- Cómpre reforzar as políticas de asilo e protección internacional.
- É preciso mellorar as actividades de sensibilización.

A pesar do marco internacional existente, **os CNH seguen sen ser punibles en moitos países** e, cando o son, as penas tenderon —ata hai pouco— a ser suavizadas erroneamente pola

existencia das crenzas ou motivos culturais que as motivan como circunstancias atenuantes, o que resulta unha interpretación patriarcal da violencia e unha revitimización das mulleres vítimas desta.

A Fundación SURGIR sinala ao respecto que «se poden dar varias explicacións a esta indulxencia vergoñosa: leis inapropiadas, a complicidade dos xuíces e das autoridades públicas, e tamén falta de testemuñas porque a xente cala por temor ás represalias» (Bernard, 2012:13). Segue sendo necesaria unha **acción institucional máis contundente** e que comprenda de forma máis extensiva a complexidade na que se expresa esta forma de VCM (Saldaña 2016; Szygendowska, 2017).

11.3.2. Marco normativo español

No noso país, o marco normativo vixente refírese ao citado Convenio de Istambul (ratificado en 2014). Xunto con este, case todas as manifestacións (pero non todas) da VNH están recollidas como delitos na **Lei orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do Código penal**, e serían motivos de concesión de protección internacional por motivos de xénero no noso país segundo a **Lei 12/2009, do 30 de outubro, reguladora do dereito de asilo e da protección subsidiaria**.

Non hai na nosa lexislación estatal a noción específica de «crime de honra» ou «violencia baseada na honra». Sería necesario revisar a nosa práctica xurídica. Doutra banda, moitas das expresións da VBH non son facilmente punibles no noso marco de dereito, por exemplo, o «marco de opresión» que viven as vítimas.

Tal e como sinala o PECVX (2019; renovado 2022) «a atención e recuperación, con recoñecemento de dereitos específicos das mulleres vítimas de calquera acto de violencia establecido no Convenio de Istambul, e non previsto na Lei orgánica 1/2004, rexeranse polas leis específicas e integrais que se diton para o efecto de adecuar a necesidade de intervención e de protección a cada tipo de violencia. Ata que se produza este desenvolvemento normativo, as outras violencias de xénero recoñecidas no Convenio de Istambul recibirán un tratamento preventivo e estatístico no marco da Lei orgánica 1/2004. Así mesmo, a resposta penal nestes casos rexeranse polo disposto no Código penal e nas leis penais».

Varias das manifestacións da VNH consideraríanse «violencia familiar», que vén regulada no Código penal español no **artigo 173.2**. Outras tipoloxías aluden especificamente a delitos de VCM máis explícitos, como son o de matrimonio forzado, o da MXF, a violencia de xénero na parella, violencias reprodutiva ou violencia sexual; ás cales se refiren, ademais do Código penal,

a Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero, e a Lei orgánica 10/2022, do 6 de setembro, de garantía integral da liberdade sexual.

Os delitos relacionados coa VNH **implicarían, polo menos, a agravante de parentesco e de xénero** (entre outras posibles), que están recollidas no capítulo IV, «Das circunstancias que agravan a responsabilidade criminal», e no capítulo V, «Da circunstancia mixta de parentesco do Código penal».

A introdución no noso marco legal da agravante de xénero tivo lugar grazas ao Convenio de Istambul e prodúcese a través da Lei orgánica 1/2015, do 30 de marzo, pola que se modifica o Código penal, que entre outros modifica a circunstancia 4.^a do artigo. Desta forma, **o artigo 22** considera a agravante de xénero por razón de discriminación:

22. 4.^a Cometer o delito por motivos racistas, antisemitas, antixitanos ou outra clase de discriminación referente á ideoloxía, relixión ou crenzas da vítima, a etnia, raza ou nación á que pertenza, o seu sexo, idade, orientación ou identidade sexual ou de xénero, razóns de xénero, de aporofobia ou de exclusión social, a enfermidade que padeza ou a súa discapacidade, con independencia de que tales condicións ou circunstancias concorran efectivamente na persoa sobre a que recaía a conduta.

E **o artigo 23**, respecto do parentesco, sinala que:

É circunstancia que pode atenuar ou agravar a responsabilidade, segundo a natureza, os motivos e os efectos do delito, que sexa ou fose o agraviado cónxuxe ou persoa que estea ou estivese ligada de forma estable por análoga relación de afectividade, ou ser ascendente, descendente ou irmán por natureza ou adopción do ofensor ou do seu cónxuxe ou convivente.

Xunto coas lagoas mencionadas, é importante sinalar a dificultade da persecución destes delitos cando son cometidos no estranxeiro.

Pola súa banda, **o PECVX e a EEVM 2022-2025** aluden a todas as formas de VCM e sinalan nos seus diagnósticos sobre o estado da cuestión a existencia de CNH e a preocupación polos *feminicidios por honra*. Así mesmo, as súas accións diríxense a todas as violencias e a todas as mulleres, pero son claramente inespecíficas da VNH e carécese dunha estratexia de política pública especializada e concreta.

Respecto dos marcos de actuación das **comunidades autónomas**, a diversidade de normas autonómicas reflicte unha presenza desigual dos fenómenos que caracterizan os CHN. Os matrimonios forzados e a MXF están recollidos en moitas lexislacións e plans estratéxicos

territoriais, tamén outras formas de abuso que adoitan estar asociadas á causa «da honra». De igual modo, todas as lexislacións fan referencia ao Convenio de Istambul e, polo tanto, abarcarían os principais fenómenos de VCM aos que se alude neste, entre eles os CNH (no seu artigo 3). Con todo, baixo a noción de «crimes en nome da honra» como tal, hai poucas CCAA que o empreguen ou fagan referencia de forma extensa ás súas manifestacións. As excepcións fundamentais son a seguintes:

- Andalucía, na Lei 13/2007, do 26 de novembro, de medidas de prevención e protección integral contra a violencia de xénero:

Artigo 3. Concepto, tipoloxía e manifestacións de violencia de xénero: (...). 4. Para os efectos do previsto nesta lei, terán a consideración de actos de violencia de xénero, entre outros, as seguintes manifestacións: (...) k) As violencias orixinadas pola aplicación de tradicións culturais que atenten contra os dereitos das mulleres, tales como crimes por honra, crimes polo dote, execucións extraxudiciais, execucións ou castigos por adulterio ou violacións por honra.

- Canarias, na Lei 16/2003, do 8 de abril, de prevención e protección integral das mulleres contra a violencia de xénero:

Artigo 3. Formas de violencia de xénero. i) Femicidio: os homicidios ou asasinatos cometidos no ámbito da parella ou exparella, así como outros crimes que revelan que a base da violencia é a discriminación por motivos de xénero, entendendo por tales, entre outros, os homicidios ou asasinatos vinculados á violencia sexual ou executados no ámbito da prostitución e a trata de mulleres, así como aqueles relacionados co infanticidio de nenas ou efectuados por motivos de honra ou de dote.

- Cataluña, na Lei 17/2020, do 22 de decembro, de modificación da Lei 5/2008, do dereito das mulleres para erradicar a violencia machista:

Art. 5, no apartado 2, Violencia no ámbito familiar, e en parte do apartado 4, Violencia no ámbito social ou comunitario: (...) g) Femicidios: os asasinatos e homicidios de mulleres por razón de xénero, as inducións ao suicidio e os suicidios como consecuencia da presión e violencia exercida cara á muller. (...) j) Restricións ou privacións de liberdade ás mulleres, ou de acceso ao espazo público ou aos espazos privados, ou a actividades laborais, formativas, deportivas, relixiosas ou lúdicas, así como restricións á expresión en liberdade en canto á súa orientación sexual ou expresión e identidade de xénero, ou á súa expresión estética, política ou relixiosa.

- Navarra, na Lei foral 3/2018, do 19 de abril, para a modificación da Lei foral 14/2015, do 10 de abril, para actuar contra a violencia cara ás mulleres:

Artigo 3. Definición e manifestacións da violencia contra as mulleres. (...)2. c) O feminicidio: os homicidios cometidos no ámbito da parella ou exparella, así como outros crimes que revelan que a base da violencia é a discriminación por motivos de xénero, entendendo por tales o asasinato vinculado á violencia sexual, o asasinato no ámbito da prostitución e a trata de mulleres, os asasinatos por motivos de honra, o infanticidio de nenas e as mortes por motivos de dote.

- A Rioxa, na Lei 11/2022, do 20 de setembro, contra a violencia de xénero da Rioxa:

Artigo 5. Formas e manifestacións da violencia de xénero. (...) 1.k) As violencias orixinadas pola aplicación de tradicións culturais que atenten contra os dereitos das mulleres e nenas, tales como crimes por honra, crimes polo dote, execucións extraxudiciais, execucións ou castigos por adulterio ou violacións por honra, probas de virxindade ou calquera outra práctica cultural atentatoria contra a dignidade ou intimidade das mulleres e nenas.

12. CNH: experiencias de interese

12.1. Resultado das enquisas a EELL e organizacións

12.1.1. A intervención das entidades locais

Das 279 EELL que responderon a enquisa sobre VR e CNH¹⁷⁶, o **100 % afirmou que coñecía** — en xeral— as características da violencia comprendida como CNH, pero soamente oito concellos —o **2,8 %**— **indicaron que realizasen actuacións** específicas con respecto a ela. Na resposta das EELL hai unha diferenciación, tal e como a propia enquisa expuña entre matrimonios forzados, MXF e a categoría xenérica sobre CNH. No punto 7.1.1, Accións locais en materia de VCM (capítulo 7), descríbense as características da intervención local —en xeral— sobre VCM. O 89,2 % das enquisadas é membro de ATENPRO.

As entidades locais que afirman que realizan actuacións en materia de CNH atópanse nas provincias de Valencia, Toledo, Cuenca, Cáceres, Barcelona, Granada, Valladolid e Madrid. **Ningunha se refire a unha aproximación especializada** sobre «a honra», senón a que as súas manifestacións (agresións, ameazas, retorno ao país de orixe, matrimonios forzados etc.) son coñecidas polos equipos locais e a detección e atención ás vítimas funciona dentro dos procedementos usuais de atención á VCM. Delas, soamente tres EELL incorporan estas formas de violencia ao protocolo ou protocolos existentes de coordinación institucional.

Con independencia do anterior, as EELL participantes na enquisa **non inclúen os CNH como parte das mesas de seguimento local** á VCM.

De acordo coas respostas obtidas, **non hai recursos que se consideren especializados** (locais ou supralocais) —diferentes— aos dispoñibles en materia de VX ou violencias machistas. É a estes recursos a onde se derivan as mulleres e as súas fillas e fillos ou onde son atendidos.

As **principais barreiras que perciben** as EELL, respecto da actuación coas vítimas, son idiomáticas, debido á falta de dispoñibilidade de intérpretes, fundamentalmente.

¹⁷⁶ As características das EELL son explicadas na metodoloxía (capítulo 2; a súa distribución por CCAA) e tamén se describen en punto 7.1.1. relativo ao AEAF, pero que é introducido pola descrición da acción local en xeral.

Os **retos na coordinación** de casos de violencia que involucran CNH céntranse na seguridade das vítimas e na atención especializada en saúde, xunto coas institucións educativas. Polo xeral, a experiencia de coordinación local é valorada como moi positiva e está asentada nos procedementos de atención á VX.

Na recollida de información a través da enquisa non se sinalaron experiencias de interese sobre as que profundar ou que poidan constituír unha boa práctica. Lembramos que se exclúen do estudo os CNH relacionados coa MXF e os matrimonios forzosos (dos que si hai numerosas referencias) dado que se está realizando unha investigación en paralelo impulsada pola propia FEMP.

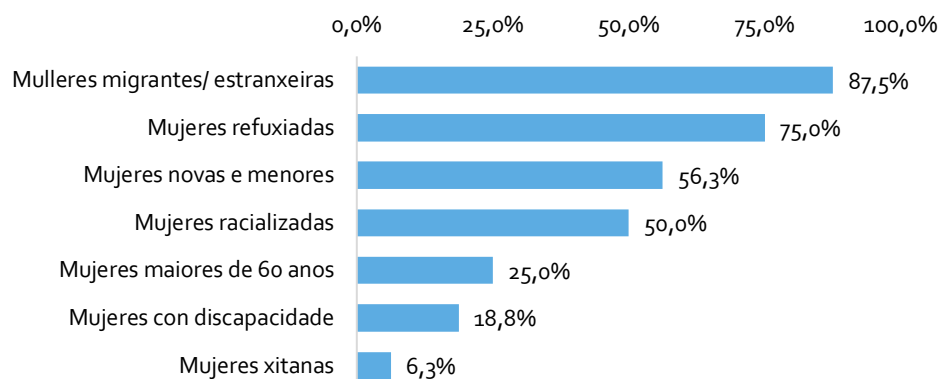
12.1.2. A intervención de organizacións e persoas expertas

A enquisa a organizacións e persoas expertas —centrada exclusivamente en CNH— obtivo **18 respostas** (de ONG e universidades); a maioría por parte de profesionais da atención a mulleres en diferentes ámbitos: psicosocial, saúde e en materia de dereitos a mulleres de orixe estranxeira (aínda que non exclusivamente), tamén por parte dalgunha investigadora na materia.

O seu traballo era **de ámbito estatal na súa maioría** (70,6 %) e provincial (23,5 %), e en menor medida local (5,9 %) ou autonómico (5,9 %). Soamente dúas organizacións estaban vinculadas con ATENPRO.

A experiencia na transversalidade do enfoque de xénero interseccional é maioritaria: o 68,8 % consideraba que o aplicaba totalmente e o 25 %, bastante. Os grupos de mulleres que están máis presentes no enfoque do seu traballo actual son os relacionados coas distintas diásporas (véxase o gráfico inferior).

Gráfico 12. CHN: grupos de mulleres ou vulnerabilidades máis presentes no traballo das organizacións



Red2Red, 2023. Enquisa a persoas e organizacións expertas sobre CHN (N=18)

Das 18 organizacións, 11 tiñan experiencia no traballo sobre matrimonios forzados e oito con respecto á MXF, pero soamente **seis organizacións** consideraron que tiñan experiencia en «crimes de honra» (o 29,4% do total de respostas). Soamente dúas traballan en relación cun protocolo de actuación con respecto ás violencias machistas ou violencia de xénero.

Estas organizacións eran todas **do ámbito da protección internacional** (PI) e a inclusión social da poboación refuxiada e migrante.

As experiencias que se recolleron na enquisa **non se corresponden con proxectos específicos sobre CNH**, senón que a actuación —con respecto ás súas manifestacións— forma parte da atención a persoas usuarias das súas entidades.

Trátase de actividades **dos seus programas de acollida internacional** e interveñen a través de equipos interdisciplinarios en:

- Sensibilización e concienciación
- Asesoramento e acompañamento xurídico (PI e situación administrativa)
- Atención psicolóxica e apoio emocional
- Fomento de redes de apoio e apoderamento das mulleres
- Atención á violencia de xénero nas súas distintas manifestacións
- Apoio aos procesos de inclusión social

Nalgúns casos tamén implicaría a investigación social.

En xeral, os recursos destinados ás mulleres vítimas son residenciais e de atención. En canto á súa titularidade, algúns (a minoría) son propios. Polo xeral, trátase de recursos residenciais de

xestión propia, pero de titularidade da rede SAPIT. En canto á atención á violencia, si se teñen recursos humanos especializados e ademais trabállase de forma coordinada coa rede local e autonómica para vítimas da violencia machista (normalmente VX e VS), incluídas as FCSE.

Dispoñemos de centros de acollida e pisos compartidos para a fase de acollida e acompañamento interdisciplinario ao longo de todo o proceso de solicitude de protección internacional. (Comentarios á enquisa)

Temos vivendas alugadas específicas para mulleres, cedidas polas administracións locais e entidades relixiosas (pertencen ás prazas financiadas polo Ministerio).

Provemos de atención individual, grupal e derivacións a recursos especializados en violencia de xénero. (Comentarios á enquisa)

Xunto coas anteriores, as ONG sinalan outras asociacións de mulleres e asociacións representativas dalgunhas diásporas ou nacionalidades; tamén organizacións internacionais (como a OIM, ACNUR, EUAA, UNICEF, IRCT, entre outras).

A experiencia das organizacións expertas **en relación coa coordinación** é positiva, aínda que a coordinación con recursos e institucións formula retos nos casos de CNH; fundamentalmente:

- A identificación do problema e a toma de conciencia sobre a súa importancia.
- As medidas de seguridade que requiren as mulleres e as e os menores.
- Un maior enfoque intercultural e de xénero.
- Recursos humanos máis formados para a prevención e detección.
- Coñecemento da contorna cultural dos países de orixe.
- Comprender os temores das mulleres, a noción de «vergoña», «traizón», «lealdade».
- Rapidez na resposta.

En canto á **prevención de vitimizacións futuras** coas sobreviventes de CNH, considérase que as actuacións dependen, en gran medida, de respostas institucionais máis áxiles:

- Prazos curtos na resolución da solicitude de PI.
- Acompañamento na integración social e apoio sanitario, psicolóxico e educativo.
- Autonomía económica.

En canto ao traballo de prevención e **sensibilización**, este diferenciaría a acción cara a outros axentes e institucións e cara á sociedade en xeral. En canto aos primeiros, sinalouse a mellora

da formación sobre esta violencia e a capacitación transversal no enfoque intercultural e de xénero.

Respecto da sensibilización da **sociedade local**, as organizacións enquisadas consideran que se deben traballar os seguintes temas:

- Concienciar a poboación de que non en todos os países do mundo se respectan os dereitos das mulleres e que moitas veces estas mulleres que transgreden, segundo as normas sociais do seu ámbito, son castigadas con distintas prácticas que poden ir desde o illamento ata a ataques á súa integridade física ou violacións por parte de familiares.
- Cuestións interculturais, de xénero, tipos de violencias que se enmarcan dentro da violencia de xénero.
- Non invisibilizalo e non consideralo como algo vinculado á cultura ou relixión exclusivamente.
- Como dixen anteriormente, que sexan accións continuadas, que informen e visibilicen.

En ambas as actuacións, **as asociacións de mulleres e feministas** considéranse facilitadoras, ademais de recursos de apoio para as propias vítimas.

Son espazos de lecer, de creación de redes, de integración, conciliación, apoio nos cuidados, de referentes... (Comentarios á enquisa)

En canto a outras **asociacións relacionadas coa procedencia**, etnia ou cultura orixinarias da familia das vítimas debería de traballar de forma comunitaria, para a súa sensibilización con respecto aos dereitos fundamentais das mulleres. Indicouse, a este respecto, que moitas vítimas prefiren non ter ningún contacto coa súa diáspora, porque o perciben como unha situación de risco para a súa seguridade.

As mulleres que sufriron crimes non adoitan querer relacionarse con persoas da súa cultura nin con familiares... polo risco que poden correr en relación coa súa localización, a información que lle poden dar ao seu ámbito social. (Comentarios á enquisa)

En canto a experiencias **de interese** desenvoltas por algunhas organizacións, sinaláronse as seguintes entidades: Accem, CEAR, CER-Migracións (Universidade Autónoma de Barcelona), Fundación de Solidaridad Amaranta e a Fundación Wassu Gambia Kafo.

12.2. Análise das prácticas internacionais consultadas

O primeiro crime de «honra» recoñecida como tal na UE foi o asasinato de Fadime Sahindal en 2002, que tamén levou á policía sueca a reabrir o caso do asasinato do seu noivo tres anos antes (EPRS, 2015:6). Rexistráronse casos en Francia, Suecia, Alemaña, Países Baixos, Bélxica, Italia e O Reino Unido (que xa non é membro da Unión). Considérase que o maior número de casos se rexistra no Reino Unido, entre outras cousas porque melloraron enormemente os mecanismos de acceso á denuncia e a medición da prevalencia nos últimos anos.

Dentro da Unión Europea, Alemaña, O Reino Unido e Suecia son casos especialmente recoñecidos como países onde os CNH ocupan unha preocupación pública con respecto ás VCM. Son sociedades multiculturais consolidadas e o movemento feminista traballou activamente por políticas públicas para a súa erradicación. Dinamarca, Suíza e Países Baixos son estados onde as autoridades tamén implementaron actuacións de grande interese, aínda que non son recollidas neste estudo.

O obxectivo deste apartado non é realizar unha investigación comparada nin expoñer unha detallada análise da situación destes países. O obxectivo da epígrafe é máis humilde e máis preciso. Ante a falta de información sobre experiencias locais en España —especializadas—, buscáronse exemplos de recursos de atención que poidan servir de modelo e sobre os que extraer aprendizaxes para a acción local. Desta xeito, realízase unha descrición destas prácticas, contextualizando brevemente os diferentes enfoques cos que se traballa.

12.2.1. Experiencias de Alemaña e do Reino Unido

Tal e como explica a investigadora Ercan (2014), Alemaña e O Reino Unido expoñen diferentes solucións a un mesmo problema. Mentres que no Reino Unido o debate se centrou na dimensión do xénero e se atende desde a VCM, en Alemaña considerouse como un crime máis culturalmente específico con menor atención desde o feminismo e maior desde o multiculturalismo.

12.2.1.1. O Reino Unido

O Reino Unido mellorou nos últimos anos a **protección legal** ás vítimas de prácticas nocivas e CNH (*Honour-Based Abuse*) baixo o enfoque da VCM. Este marco legal viuse reforzado

recentemente no 2023¹⁷⁷ xunto coa mellora do estudo da prevalencia a través das **estadísticas nacionais** sobre VCM (desde o ano 2020).

En 2007, creouse a unidade policial especializada na violencia contra as mulleres e nenas (Association of Chief Police Officers Honour Based Violence Working Group) que conta con unidades especiais («unidades de seguridade comunitaria»). A Fiscalía do Estado ten unha estratexia específica desde o ano 2008. Nesta inclúense as peticións de extradición para impedir que os crimes permanezan impunes no caso de fuxida ao estranxeiro ou secuestro da vítima para volver aos seus países de orixe (Fundación SURGIR, 2012). Existe unha web institucional especializada sobre o tema (destinada fundamentalmente á mocidade) e unha liña de apoio e consulta nacionais (telefónica).

Segundo algunhas das organizacións situadas en UK que atenden de forma especializada as vítimas ou sobreviventes, os casos que se identifican como CNH representarían a punta do iceberg dadas as dificultades para denunciar; ademais, aínda que as estatísticas melloraron, estas non teñen en conta a gran cantidade de mulleres e nenas trasladadas ao estranxeiro e que non regresan a UK.

Desde 2015, o 14 de xullo celébrase no Reino Unido (UK) o **Día Nacional de Conmemoración ás Vítimas dos Feminicidios por Honra** (Day of Memory for Britain's Lost Women). A data coincide co caso paradigmático, e que abriu o debate social e legal, de Shafiea Ahmed, nacida en Bradford e asasinada en Warrington en 2003 a mans dos seus pais de orixe paquistaní. É a data do seu aniversario.

Os **recursos especializados** están xestionados e son implementados polas ONG. Trátanse de organizacións na súa maioría (sobre todo as pioneiras), asociacións ou fundacións, creadas por mulleres que viviron de preto unha experiencia relacionada con CNH; están financiadas por organismos gobernamentais, case sempre de carácter estatal e outras organizacións sen ánimo de lucro con maiores recursos.

Algunhas das ONG¹⁷⁸ cuxo traballo pode servir como exemplo de prácticas de interese son:

- **IKWRO** (Organización polos Dereitos das Mulleres Iranianas e Kurdas): representa a mulleres e nenas en risco de sufrir violencia de honra pertencentes a calquera

¹⁷⁷ Véxase The Code for Crown Prosecutors. Acceso

¹⁷⁸ Outras organizacións listadas como recursos especializados pola policía británica poden consultarse na súa web. Acceso

comunidade de Oriente Próximo, o Norte de África e Afganistán. Tomaron parte na investigación como informantes.

- **Karma Nirvana:** atende a liña telefónica nacional de axuda (National Honour Based Abuse Helpline) para persoas ameazadas por esta clase de violencia. A entidade estima que, actualmente, nun de cada cinco casos a vítima é un home.
- **Halo Project:** iniciado en 2011 en resposta á necesidade de servizos para mulleres e nenas racializadas negras e minorías étnicas vítimas de abuso e violencia doméstica e sexual.
- **Henna Foundation:** foi igualmente unha entidade recoñecida neste ámbito que prestaba apoio a mulleres e nenas musulmás, pero a súa actividade cesou a mediados de 2022.

A continuación, explícanse brevemente as características das prácticas de interese do Reino Unido. Hai que ter en conta, en todos os casos que:

- Todos os servizos son anónimos e confidenciais.
- Proporcionanos profesionais cualificados en VBH.
- Nunca se procede a realizar mediacións coas familias, aínda que isto pode variar segundo a lexislación relativa á actuación con menores de 16 anos, o cal depende dos servizos públicos de protección á infancia.

Experiencia 1: HALO PROJECT

- **ONG** ([acceso](#))
- **Tipo de servizo proporcionado:** consiste nun centro de apoio especializado para brindar información, asesoramento e defensa personalizada a mulleres e nenas en risco (de abuso sexual e doméstico, matrimonios forzados, crimes de honra, MXF), a sobreviventes e a profesionais. Entre os servizos que se provén destacan:
 - Procura de aloxamento seguro ou refuxio de emerxencia e apoio comunitario.
 - Programas de sensibilización a través de Halo-Hubs en colaboración con universidades.
 - Capacitación de profesionais e asesoramento a ONG, con varias guías e manuais de apoio ([ligazón](#)).

- Revisión independente de homicidios domésticos e apoio a denuncias colectivas ante a policía.
 - Foro de participación para lles dar voz ás vítimas.
 - Incidencia política.
 - Teléfono de emerxencias.
- **Funcionamento do recurso:** entidade benéfica nacional rexistrada, fundada en 2011. Recibe financiamento gobernamental. O seu persoal está composto só por mulleres. Desde 2014 opera unha rede de Halo-Hubs por todo o país.

Traballa a partir dunha metodoloxía básica de seis módulos para recoñecer o abuso, comprender o seu impacto nas fillas e fillos, saber onde buscar axuda e sentirse a salvo. Complementábase con terapias para reducir o estrés e a ansiedade, cursos de inglés, axuda económica e apoio á empregabilidade. Acreditada en 2022 co estándar de calidade nacional «[Women's aid](#)».
- **Criterios ou principios de actuación:** apoderamento das sobreviventes para romper o ciclo do abuso e recuperarse do trauma. Concienciación e educación ás futuras xeracións. Por unha sociedade libre de violencia cultural (matrimonios forzados, crimes de honra e MXF) sobre mulleres negras e de minorías.
 - **Resultados destacables:** apoiaron a máis de 3000 mulleres de máis de 49 etnias diferentes axudándoas a pasar dunha situación de violencia insostible a unha vida libre de abuso. Formaron a máis de 3000 profesionais de varios ámbitos: asistencia, policía, educación e sistema de xustiza. Impulsaron a denominada «[superqueixa policial](#)» do ano 2020 presentada polo Centro para a Xustiza da Muller (CWJ), onde se alegou que as forzas da orde pública non estaban respondendo adecuadamente aos casos de abuso doméstico, o que se considera orixe do cambio social no Reino Unido.

Experiencia 2: IKWRO

- **ONG:** Organización polos Dereitos das Mulleres Iranianas e Kurdas ([acceso](#))
- **Tipo de servizo proporcionado:** asistencia integral interdisciplinaria. Entre os recursos destacan:
 - Asesoramento, atención psicolóxica e defensa legal gratuítos proporcionados por profesionais especializadas (mulleres).

- Ofrecen os seus servizos en varias linguas (kurdo, farsi, árabe, dari, pashto, turco e inglés), partindo dunha mensaxe electrónica de solicitude de axuda. As profesionais desprázanse a onde se atope a vítima para a atención presencial confidencial.
- Atenden casos de matrimonio forzado, matrimonio infantil, cativerio marital, MXF, probas de virxindade e himenoplastia, tribunais da xariá etc.
- Refuxio: aloxamento seguro e especializado a mulleres novas e solteiras.
- Capacitación e apoio emocional ás mulleres e nenas para axudalas a comprender os seus dereitos.
- Colaboración con organizacións educativas, axúdanas a acceder a clases de inglés e oportunidades de educación, capacitación e emprego.
- Asesoramento e capacitación aos profesionais do sector público e do voluntariado, para comprender mellor as necesidades das vítimas, os tipos de abuso que experimentan e coñecer boas prácticas en servizos de prevención e apoio.
- Sensibilización mediante campañas coa finalidade de aumentar a conciencia e mellorar as leis e políticas para abordar todas as formas de abuso baseado na «honra» e outras prácticas nocivas.
- Premios á «honra» real: True Honor Awards outórganse anualmente para recoñecer as persoas e organizacións que traballan sobre a VNH. Conmemoran as mulleres asasinadas cada ano.
- Traballan en rede e participan das mesas locais de VCM como parte dos seus procedementos de coordinación e tamén de incidencia política.
- **Funcionamento do recurso:** organización benéfica rexistrada, fundada en 2002. As beneficiarias son mulleres e nenas de Oriente Medio, África do Norte e Afganistán que viven no Reino Unido, que experimentaron, ou están en risco de experimentar, todas as formas de abuso baseado na «honra» (incluídos matrimonio forzado, matrimonio infantil e mutilación xenital feminina (MXF) ou abuso doméstico).
- **Principios de actuación:** dereitos humanos, enfoque de xénero e interculturalidade. Traballo en rede. Empatía. Ningunha vítima sen resposta. Non hai límite no tempo destinado á atención. Traballo en rede e coordinación en espazos locais e nacionais.

- Resultados destacables: en 2022 atenderon a máis de 2200 mulleres e nenas. Desenvolven [campañas](#) de sensibilización de alto impacto comunitario. Teñen unha implantación nas comunidades en risco moi alta debido ao «boca a boca», o respecto á confidencialidade e a resposta permanente individualizada ao longo do tempo. A media de atención a unha usuaria é de catro anos.

Experiencia 3: Karma Nirvana

- **ONG:** ([acceso](#))
- **Tipo de servizo proporcionado:** liña de atención telefónica nacional (National Honour Based Abuse Helpline) para o asesoramento a vítimas, capacitación a profesionais, sensibilización e incidencia política e investigación social. Principais recursos:
 - Sensibilización cidadá con campañas contra os abusos baseados na honra (nenas, mulleres e homes).
 - Apoio, apoderamento e formación a vítimas por teléfono e correo electrónico; asesoramento asistencial e legal e aloxamento temporal. A vítima pode chamar ou solicitar que a chamen.
 - Asesoramento a outros profesionais que traballan ou enfrontan casos de CNH.
 - Programa de formación presencial e virtual a profesionais de primeira liña de atención (policía, traballadores sociais, docentes, sanitarios etc.).
 - Producción de coñecemento: informes para a reflexión; xeración de datos propios (con estatísticas cuatrimestrais desde 2019); análise doutras informacións procedentes de socios externos.
 - Campañas de sensibilización e incidencia política.
- **Funcionamento do recurso:** entidade benéfica nacional rexistrada, con financiamento governamental (Ministerio do Interior e Ministerio de Xustiza), fundada en 1993. Considérase a primeira ONG británica especializada na atención a vítimas e sobreviventes do abuso baseado na honra. Atende tanto a estranxeiras que residen no país coma a nacionais británicas residentes no estranxeiro. En 2008 lanzouse a liña telefónica de atención. Traballa en rede con outras ONG como Esmée Foundation e The Henry Smith Charity.
- **Principios de actuación:** traballo en equipo. escoita activa, garantindo confidencialidade, respecto e empatía coa vítima. Reacción buscando solucións

segundo cada situación individual e canalizando a atención dentro do equipo ou cara a outros servizos externos, mesmo a líderes de opinión.

- **Resultados destacables:** ten o recoñecemento da marca de calidade «[Helplines Standard](#)». Entre 2022 e 2023 a HelpLine recibiu máis de 120 000 chamadas (45 % de profesionais), dedicáronse case 1300 horas e atenderon a 2540 vítimas (536 con experiencia ou ameaza de matrimonio forzado, 210 delas nenas). Entre 2021 e 2022 formaron a 6712 profesionais en 108 sesións virtuais.

12.2.1.2. Alemaña

En Alemaña os CNH preséntase en termos agravantes e considéranse asasinatos, e son de especial preocupación na normativa relativa aos dereitos das nenas e adolescentes. Algúns «Länder» (estados federais) son máis activos ca outros nas políticas de sensibilización, prevención e atención ás vítimas (Fundación SURGIR, 2012).

A Asociación Alemá de Mulleres Avogadas informa en medios públicos¹⁷⁹ de que na xurisprudencia os CNH se clasifican nun contexto social diferente ao dos feminicidios causados pola violencia doméstica e se castigan con outra severidade, pois vense como un problema particularmente vinculado con minorías étnicas ou relixiosas.

Esta consideración abriu un acalorado debate que se estendeu aos tribunais, parlamentos, medios de comunicación e á esfera pública alemá en xeral, pois hai quen avoga por que as familias onde suceden estes crimes abandonen o país, o que se encaixa no debate das políticas migratorias e diagnosticouse como un fallo do multiculturalismo no país (Ercan, 2015)¹⁸⁰.

A información accesible sobre cifras no tocante á incidencia dos crimes de honra en Alemaña é moi dispar. Un estudo do Instituto Max Planck¹⁸¹ de 2011 estimaba que o número de asasinatos por honra en Alemaña era duns 12 ao ano. Non obstante, as ONG especializadas consideran que está enormemente subestimado.

Tamén hai organizacións de base que desenvolven os servizos de atención ás vítimas. A preocupación sobre os CNH intensificouse a partir de que en 2005 Hatun Sürücü, unha moza turco-kurda de 23 anos, fose asasinada a mans do seu irmán en Berlín porque quería independizarse e afastarse das regras familiares rexeitando un matrimonio forzado.

¹⁷⁹ Como en Deutsche Welle (DW) a emisora internacional de noticias en Alemaña. Acceso

¹⁸⁰ Ercan, Selen (2015). Creating and Sustaining Evidence for «Faliles Multiculturalism». The case of «Honra Killing» in Germany. *Journal of American Behavioral Scientist*, 59, (6): 658-678. 15/04/2015. Acceso

¹⁸¹ Kassel, J. (2011). Honour Killings in Germany. Executive Summary. Max Plank Institute. Acceso

Algunhas das organizacións con maior traxectoria son:

- **Terre des Femmes (TDF):** é a organización de dereitos da muller máis grande de Alemaña, con máis de 2000 membros.
- **Papatya: ONG intercultural que asesora e protexe nenas e mulleres vítimas de crimes de honra. Participaron como informantes no estudo.**

O detalle sobre estas experiencias amplíase a continuación.

Experiencia 4: TERRE DES FEMMES

- **ONG** ([acceso](#))
- **Tipo de servizo proporcionado:** xa non funciona como centro de asesoramento, senón como unha organización de concienciación en dereitos de mulleres e nenas en VCM cun apartado específico sobre VHB. Proporciona:
 - Proxectos de sensibilización e información sobre discriminación, explotación, abuso, persecución de mulleres e nenas. Entre eles destacan o proxecto de teatro escolar «O meu corazón pertéceme - contra o matrimonio forzado e os matrimonios precoces» e o proxecto «Semana Branca» nas escolas de Berlín, para traballar a prevención con mozas e ofrecer axuda específica.
 - Sensibilización, sobre todo a medios de comunicación.
 - Investigación e difusión das estatísticas de mulleres e nenas vítimas afectadas en Alemaña.
 - Incidencia política para a mellora da lexislación e políticas públicas.
 - Traballo en rede con outras organizacións e apoio a proxectos de autoaxuda ás vítimas.
- **Funcionamento do recurso:** ONG xermana sen ánimo de lucro, con sede central en Berlín, de implantación internacional. Desde a súa fundación en 1981 conta con máis de 40 anos de experiencia en sensibilización, campañas, prensa e relacións públicas, creación de redes e lobby no ámbito nacional, rexional e internacional. Ata 2019, tiña o seu propio centro de asesoramento, onde se atendía a unhas 200-300 mulleres e nenas ao ano.

Organízase en grupos de traballo de incidencia. Finánciase mediante doazóns de particulares, así como de axudas da UE e outras iniciativas de patrocinio estatais.

- **Principios de actuación:** defensa de todas as violacións dos dereitos humanos das mulleres. Traballo en rede e coordinación no ámbito local e estatal. Avoga pola igualdade de dereitos ante a lei, autodeterminación na sexualidade e decisións da vida, e liberdade de restricións de rol e de todas as formas de violencia.
- **Resultados destacables:** ten asociados máis de 2000 membros. Destaca a súa participación na elaboración de informes: *Matrimonios forzados en Alemaña (2011)* evidenciou 3443 vítimas de matrimonio forzado en 2008 e *Homicidios de honra en Alemaña 1996-2005 (2011)* que examinou 78 casos. Estableceu que en Alemaña había 12 casos por ano rexistrados polo poder xudicial. En 2022 a súa enquisa escolar identificou 1847 casos de VBH.

Experiencia 5: PAPTAYA

- **ONG** ([acceso](#))
- **Tipo de servizo proporcionado:** centro de crise de atención presencial e en liña de atención integral por profesionais expertas.
 - Presta un servizo de atención en situación de crise que asiste a nenas e mulleres (refuxiadas ou migrantes na súa maioría) nun lugar seguro (endereço secreto dentro ou fóra de Berlín) que están en risco ou necesitan fuxir das súas familias por violencia familiar, ameaza ou realidade de matrimonio forzado, controis familiares estritos (opresión), violencia sexual e outros asuntos similares.
 - Apoian as nenas e mulleres novas na planificación da súa propia vida e no trato coas súas familias.
 - Ofrecen un portelo de asesoramento (SIBEL) telemático/presencial de balde en varios idiomas (alemán, inglés, kurdo, árabe, farsi e turco) con garantías de anonimato e confidencialidade.
 - Asesoran a profesionais e particulares que queiran axudar as vítimas afectadas.
 - Tamén prestan atención aos casos de nenas e mulleres retidas no estranxeiro para que poidan regresar a Alemaña.
- **Funcionamento do recurso:** ONG fundada en 2004. O seu financiamento fundamental provén do Estado Federado de Berlín. O centro de crise Papatya está financiado polo Departamento de Educación, Mocidade e Familia (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie). O servizo de asesoramento en liña SIBEL está financiado, pola súa

vez, polo Departamento de Sanidade, Asistencia e Igualdade (Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), xunto coa Oficina Estatal de Asuntos Sociais de Brandemburgo (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg).

- **Principios de actuación:** feminismo, interculturalidade. As mozas son acompañadas as 24 horas do día despois da súa aceptación/entrada no centro. Traballan en estreita colaboración coa Oficina da Mocidade (Jugendamt, Jobcenter) e outras institucións públicas. Traballo en rede con todo tipo de organizacións sociais e feministas para a coordinación e para a incidencia política local e estatal.
- **Resultados destacables:** desde a súa creación axudaron a máis de 2000 nenas e mulleres novas. Entre 2002 e 2019 conseguiu varios recoñecementos e premios: Berlin Prevention Prize State Commission against Violence, German Federal Service Cross (Bundesverdienstkreuz) e Lothar-Kreyssig-Peace-Prize Foundation of the Protestant Church Group Magdeburg.

12.2.2. O caso particular de Suecia

Suecia é un dos estados membro da UE que máis anos leva preocupándose por este tipo de VCM, desde o asasinato por honra de Sara Abed Ali en 1996 ao de Pela Atroshi en 1999 e Fadime Sahindal en 2002.

Segundo a Axencia Sueca para a Mocidade e a Sociedade Civil, xa en 2009 arredor de 70 000 mulleres e homes residentes no país denunciaron que recibían presións familiares e corrían o risco de ser forzados a casar contra a súa vontade. Dez anos despois, a autoridade policial sueca iniciou un seguimento específico dos delitos relacionados coa honra e, en novembro de 2021, foran rexistrados 4500 presuntos delitos.

Aínda que xa existía desde 2005 o **Equipo Nacional con competencia** na atención aos crimes de honra, foi en 2018 a través dunha **Carta regulamentaria estatal**, e como parte das súas políticas de igualdade de xénero, cando o Goberno de Suecia lles encomendou ás administracións provinciais reforzar o labor preventivo en materia de violencia dos homes contra as mulleres, o deseño de plans de acción rexionais e a promoción da cooperación entre os actores relevantes.

Deste xeito, **impulsouse o desenvolvemento dos centros de recursos** para persoas que foron vítimas de violencia por parte de familiares, cunha atención especial á violencia relacionada coa honra e a opresión e onde poden acudir para recibir apoio, asesoramento e orientación.

Desde o 1 de outubro de 2022 estableceuse o **Centro Nacional contra a Violencia e a Opresión relacionada coa Honra** en substitución do Equipo Nacional. O **desenvolvemento legislativo** no país camiñou de forma paralela e identifícanse principalmente dous fitos recentes:

- Desde o 1 de xullo de 2020: entrou en vigor unha normativa sobre delitos de matrimonio infantil e prohibicións de viaxe a poboación vulnerable de ser maltratada no exterior e por motivos de honra, como base para incrementar as penas.
- Desde o 1 de xuño de 2022: a opresión ou o crime baseados na honra en todas as súas manifestacións recoñécense como delito. As persoas culpables poden ser condenadas a entre un e seis anos de prisión. Á parte diso, un estranxeiro condenado por un delito de honra tamén corre o risco de ser deportado de Suecia, dependendo dos vínculos que teña coa sociedade sueca.
- As accións criminais que poden constituír **opresión por honra** fan referencia á disposición de penas contida no capítulo 4 do Código penal sueco (entre os delitos contra a liberdade e a paz) e poden incluír agresión, ameazas ilegais, acoso sexual e danos criminais, así como o incumprimento das ordes de restrición.
- Alguén que sometese unha persoa a unha agresión, ameazas ou malos tratos pode ser condenado a penas máis severas (ca as que rexen no Código penal) se existe unha motivación de honra detrás do delito.
- Nos casos de delitos máis graves, como asasinato, violación ou MXF, non se pretende que vaian pola vía dos delitos de honra, senón que se tratarán por separado como delito grave contra a integridade das mulleres.
- Para que os tribunais aumenten a pena dun delito, abonda con que un dos motivos deste sexa a honra. Polo tanto, a preservación ou restauración da honra non ten por que ser o único ou principal móbil da infracción.
- Unha diferenza entre a circunstancia agravante e o novo delito de opresión baseada na honra é que a regulación do novo delito permite que a policía e os fiscais investiguen de maneira máis eficaz aqueles nos que a honra foi un motivo. Especificalo garante que a

cuestión de se houbo un motivo de honra detrás do delito se considere ao longo da investigación e se documente.

Experiencia 6: Centro Nacional contra a Violencia e a Opresión relacionada coa Honra

- **Entidade:** o **Centro Nacional contra a Violencia e a Opresión relacionada coa Honra (NCH)**, polas súas siglas en inglés; [Hedersförtryck](#), en sueco) é a estrutura pública de atención fundamental no país. A súa actividade ramifícase nas divisións provinciais ou xuntas administrativas de condado. [Acceso](#)
- **Tipo de servizo proporcionado:** ten diferentes liñas de traballo, unhas dirixidas ás administracións e outras á cidadanía, tales como:
 - Coordinación de axencias e servizos públicos (como servizos sociais, servizos educativos, policía e fiscalidade e coidados de saúde), co fin de detectar signos de vulnerabilidade en potenciais vítimas, posibles riscos e sinais de alerta ante delitos baseados na honra desde eses ámbitos e dar cumprimento á nova normativa.
 - Apoio a municipios e rexións para dar seguimento e avaliar as súas actuacións na materia.
 - *Helpline* ou liña de axuda a profesionais da atención cidadá e voluntariado a través de recepción de chamadas telefónicas de todo o país.
 - Orientación adicional ante dificultades destes profesionais para a prestación de apoio e protección a persoas vulnerables.
 - Material informativo e campañas sobre protección xurídica a vítimas en diferentes idiomas.
 - Xeración de estatísticas trimestrais sobre o uso da liña de axuda.
 - Recompilación e difusión do coñecemento sobre os crimes de honra a través da investigación e experiencia contrastada (por exemplo, guías e informes).
- **Criterios ou principios de actuación:** a súa misión é apoiar e contribuír a un traballo estratéxico, preventivo e baseado no coñecemento contra a violencia e a opresión relacionadas coa honra tanto no ámbito nacional coma no rexional e local.

Parte das actuacións de investigación e seguimento realízanse en rede con outras autoridades públicas (Axencia de Vítimas do Delito, Xunta Nacional de Saúde e Benestar, Axencia de Policía e Fiscalía) e universidades, e a máis longo prazo con ONG locais.

- **Funcionamento:** creado en 2005, a coordinación interrexional foi un encargo do Goberno sueco en 2020 e descansa, sobre todo, no servizo de atención de chamadas (que xa existía desde 2014). Durante 2021 e 2022, o centro coordinou unha misión conxunta de autoridades de información e orientación na materia. Desde entón esa misión pasou a ser permanente.

O financiamento organízase a partir da asignación de fondos excedentes das xuntas administrativas de cada condado e complementase con financiamento adicional do Goberno sueco (a Carta de regulación aumenta para 2023 de 10 a 15 millóns de coroas suecas de orzamento estatal).

- **Resultados:** desde 2022 logrouse que 21 condados informen de datos específicos. A misión institucional conxunta coordinada polo Centro Nacional xerou:
- Información dirixida a case 600 000 persoas potenciais vítimas e case 750 000 profesionais. A maioría das chamadas á liña de axuda provén de profesionais de servizos sociais. Séguenas as chamadas do persoal do ámbito educativo (escolas e institutos).
- Aumento moi significativo das visitas ao sitio web www.hedersfortryck.se e ás RRSS onde se difunde a información, incluída unha guía de orientacións para profesionais.
- En 2019, realizouse unha enquisa pioneira sobre matrimonios forzados e secuestros nun contexto de CNH. Atopáronse casos de persoas secuestradas en 43 dos 192 municipios aos que se lles dirixiu o cuestionario. Identificáronse 199 persoas afectadas (o 86 %, menores de idade).
- No ano 2022, publicouse a investigación do Equipo Nacional *Para facer visible o invisible. Unha análise socioeconómica da violencia e a opresión relacionadas coa honra*. Nela propóñense procedementos de atención integral, detección e actuación.
- No ano 2023, [publicou](#) o *Informe final da misión de todo o organismo sobre información e orientación no labor contra os delitos relacionados coa honra*, que se divide en dúas partes. Por unha banda, a nova lexislación e a protección xurídica contra a violencia e a opresión relacionadas coa honra. E por outra, unha guía para destinada ao persoal dos servizos sociais, a atención da saúde, o sistema escolar e a policía para previr e actuar ante a VBH.

A continuación, profúndase nalgunhas das **características deste recurso nacional** na atención á CBH.

O NCH está situado xeograficamente no condado de Östergötland e desde alí un grupo **operativo directivo a nivel de xerencia nacional** coordina a actividade desenvolta en rede polo resto de centros de recursos provinciais, aínda que estes se foron incorporando progresivamente. Os primeiros condados que iniciaron as súas operacións con apoio financeiro do Goberno sueco denomináronse «condados piloto», seguidos dos «condados novos» e os que se acaban de incorporar en xuño de 2023 denomínanse «condados do grupo 3».

A partir de 2014, habilitouse unha **liña telefónica de axuda** a través de chamadas atendidas desde o NCH por un equipo pluridisciplinario con experiencia e coñecementos de vangarda sobre a VBH, cuxa atención pode derivar a diferentes perfís profesionais de atención máis especializada (como axentes de policía, sociólogos/as e investigadores/as).

Aténdense chamadas de persoas en risco de violación dos seus dereitos humanos, principalmente nenas e mulleres novas expostas a moitos tipos diferentes de violencia, chantaxes, violacións, restricións e control, vítimas de varios perpetradores (xeralmente pais, irmáns ou outros parentes) nun contorno familiar que apoia estas condutas ou as permite argumentando valores colectivos sobre conceptos como a honra, a deshonra ou a vergoña, e a partir dos cales controlan os comportamentos, os corpos e a sexualidade das mulleres da súa comunidade.

Igualmente, o NCH presta **apoio metodolóxico** e atende sobre todo as múltiples consultas de profesionais dos servizos sociais ou do ámbito educativo

Nestes casos, son orientados sobre a forma de avaliar as ameazas ou riscos, a forma de intervir e o coidado e recolocación das vítimas en caso necesario.

Parte da súa actividade céntrase na xeración de datos e **producción de coñecemento**.

O NCH xera estatísticas trimestrais¹⁸² e emite informes anuais de actividade, recompilando, ademais, o que fai o resto de recursos habilitados nos condados ao facilitarlles unha metodoloxía común de rexistro e seguimento. Como centro especializado descríbese con algún detalle máis ao final deste apartado.

¹⁸² As estatísticas máis recentes responden ao trimestre de marzo-xuño de 2023, facendo referencia a indicadores como os tipos de chamadas, media de persoas vulnerables por caso, os casos atendidos por mes, distribución por xénero, tipo de violencia ao que se expuxeron, o perfil do maltratador, o perfil da persoa que executa a chamada e os casos por condado. Acceso

Xunto ao Centro Nacional e a estrutura de centros de recursos dependentes, hai **outras autoridades públicas** cuxa actividade tamén contribúe á prevención ou resposta á VBH. Entre 2021 e 2022 todas elas conformaron un partenariado institucional na denominada **Misión conxunta de información e orientación no traballo contra os delitos relacionados coa honra**¹⁸³. Estas son:

- A **Axencia de Víctimas do Delito** ([Brottsoffermyndigheten](#)). Dependente do Ministerio de Xustiza. atende catro áreas de traballo: a compensación polos danos penais (decide e paga indemnizacións contribuíndo á reparación do dano); a reclamación aos perpetradores para que estes se responsabilicen do dano causado; a habilitación dun fondo de financiamento de proxectos de mellora do coñecemento do problema, do tratamento das vítimas e de apoio a testemuñas (o fondo nótrese de achegas diversas, pero sobre todo dunha cota especial que pagan os perpetradores); e o centro de información-difusión dos resultados das investigacións e eventos para a transferencia do coñecemento na materia, con asignacións gobernamentais especiais.
- A **Xunta Nacional de Saúde e Benestar**. Dispón dun Comité de Benestar Social que, para o caso concreto de CNH, pode solicitar a prohibición de viaxar ao estranxeiro de nenas para evitar que sexan sometidas polos seus parentes a MXF ou matrimonios forzados, solicitudes que se presentan ante un tribunal administrativo e que incluso, en determinados casos urxentes, poden cursar a través dunha orde de restrición temporal.
- A **Axencia de Policía e a Fiscalía**, cuxa misión é protexer a cidadanía e facer cumprir nese sentido o que determina a lexislación na materia.
- A **Axencia Nacional Sueca para a Educación**, en calidade de entidade de cooperación.
- A **Unidade de Asuntos Xurídicos Consulares e Cívís** do Ministerio de Relacións Exteriores, que ten unha función consultiva.

¹⁸³ Xunta Administrativa do Condado de Östergötland (2023). *Informe final da misión conxunta da autoridade sobre información e orientación no traballo contra os delitos relacionados coa honra*. Acceso

13. Conclusións

Esta investigación desenvolveuse baixo un **enfoque exploratorio a través da triangulación metodolóxica**. Ademais de realizar unha análise de fontes secundarias, empregáronse cinco enquisas que chegaron ata 288 entidades locais (EELL) e 108 organizacións especializadas en VCM ou de atención a colectivos vulnerables de toda España e algunhas de Europa. Tamén se realizaron entrevistas nas que participaron **25 informantes expertos** e describíronse **13 prácticas de interese** para o ámbito local.

O resultado do traballo mostra unha realidade sobre a que é necesario mellorar o coñecemento e a produción de datos, así como a atención integral a estas vítimas doutras *formas* de violencia contra as mulleres.

A violencia contra as mulleres (VCM) é un problema social, político, económico e de saúde pública (ONU, 2006). Porén, non todas as formas nas que se manifesta esta violencia son igualmente visibles para a sociedade nin para as propias mulleres que as sofren, dado o seu extenso grao de normalización nas súas vidas. Constatouse:

- Este informe suxire prestar especial atención ás **seis seguintes manifestacións de VR**:
1.falta de atención á saúde sexual e reprodutiva; 2. obstáculos ou prohibición á anticoncepción e interrupción voluntaria do embarazo; 3. violencia xinecolóxica e obstétrica relativa ao parto; 4. prácticas nocivas (por exemplo, matrimonio infantil, matrimonio forzado; mutilación xenital feminina; inspección da virxindade); 5. xestación por substitución ou xestación subrogada; e 6. anticoncepción, aborto e/ou esterilización forzados para o control menstrual e/ou o impedimento do exercicio libre da maternidade. A investigación centrouse soamente nas dúas últimas tipoloxías e explorou algunhas prácticas nocivas pola súa relación cos CNH. Non obstante, todas elas atopan o seu marco de comprensión na noción de DSR e violencia por razóns de xénero.
- O aborto forzado, a esterilización forzada, a anticoncepción forzada (AEAF), xunto coa xestación por substitución ou subrogada (XS) son formas de violencia contra as mulleres que atentan contra a súa capacidade e dereito á reprodución. Esta violencia reprodutiva (VR) é unha das menos coñecidas para a sociedade.

- A saúde sexual e reprodutiva (SSR) das mulleres, e os seus dereitos (DSR) ao respecto, están aínda **moi pouco presentes nas axendas públicas**, mesmo nas axendas sanitarias e nas de igualdade entre mulleres e homes. Non obstante, a súa atención é clave tanto para garantir o benestar da metade da poboación coma para detectar moitas das violencias ás que aínda son sometidas as mulleres e as nenas.
- A VR **ten especificade por si mesma** e é exercida por diferentes axentes de varias formas: por parellas, por familias, por institucións e por profesionais e tamén por redes criminais e outros actores comerciais.
- A **violencia baseada na «honra» (VBH)** ou os denominados crimes en nome da «honra» están relacionados con outras violencias como a VS e a VR, pero a súa propia especificidade fai que as vítimas enfronten un contexto de opresión permanente que se ve acompañado de prácticas nocivas e de violencias de diversa gravidade ata a súa expresión máis extrema: o feminicidio.

Doutra banda, a investigación mostrou que a dimensión reprodutiva supón unha **expresión de dano doutras tipoloxías** de VCM.

- A VR aparece de modo concomitante nas violencias sexuais, a violencia nas relacións de parella/exparella e os CNH, entre outras. Están profundamente relacionadas. Por iso, **a detección dunhas debería supoñer a consideración en hipótese da presenza de formas de VR e VBH.**

Tal e como sinalaron as Nacións Unidas hai case dúas décadas, «a violencia masculina contra a muller é xerada polas actitudes socioculturais e as culturas de violencia en todas as partes do mundo e, en especial, polas normas relativas ao control da reprodución e da sexualidade da muller» (ONU, 2006:27; parágrafo 57).

- O AEAF comprende prácticas que transcenden a vulneración do dereito á maternidade e **teñen que ver co sometemento das mulleres.**
- Dentro do aborto forzado, explorouse a súa relación co **aborto selectivo como práctica de selección do sexo en España.** Os datos dispoñibles apuntan a un fenómeno de discriminación que ocorre no noso país e ao que se lle debe prestar atención. Sobre todo en Ceuta e nas provincias de Cuenca, Badaxoz, Valencia, Burgos, Cádiz, Segovia, Málaga, Asturias, Huesca e Biscaia, que están por encima dos 109 nenos por cada 100 nenas nadas, o que resulta un indicador de asimetría poboacional.

Todas as mulleres poden ser vítimas da VR, pero hai grupos específicos que se confrontan a situacións que as fan ser moito máis vulnerables. En xeral, os colectivos de mulleres sobre os que se aplican crenzas discriminatorias, euxenésicas e capacitistas están en risco de AEAF.

- As mulleres con discapacidade, sobre todo MDID, pluridiscapacidade e parálise cerebral, son as máis afectadas.
- As mulleres xitanas e procedentes de minorías étnicas, así como as mulleres migrantes en tránsito non seguros, ou en risco de exclusión social, mulleres en procura de protección internacional e procedentes dalgunhas diásporas.
- Xunto con elas atópanse as mulleres en reclusión ou certo illamento (prisión, centros de internamento para persoas estranxeiras, clínicas ou hospitais); mulleres con enfermidade mental, enfermas de VIH e outras patoloxías; e persoas transxénero que poden sufrir a esterilización previa á reatribución.
- Por suposto, as vítimas da violencia de xénero (VX), da violencia sexual (VS) e da explotación sexual e laboral, que confrontan no ámbito reprodutivo as consecuencias das devanditas violencias. En moitos casos, como é o das mulleres con discapacidade, a esterilización encobre os abusos sexuais aos que son sometidas.

As necesidades das vítimas da VR son comúns ás de todas as VCM e a vulneración dos seus dereitos fai que as súas necesidades de reparación requiran dos mesmos servizos de atención; con todo, os de saúde sexual e reprodutiva (xinecoloxía, matronería, obstetricia, sexoloxía) teñen un peso central na recuperación integral das mulleres.

As mulleres que confrontan VBH presentan as mesmas necesidades, ademais de confidencialidade, entendemento cultural e protección. A noción de seguridade transcende as formas que existen dispoñibles na actualidade. Para reparar os danos e garantir os dereitos das vítimas de CNH, é necesario mellorar os indicadores de detección, estudar, deseñar e implementar estratexias de protección, incorporar a dimensión internacional á acción sobre as vítimas e combater de forma transversal o racismo e a xenofobia. Así mesmo, a vinculación das políticas de loita de VCM debe reforzar a súa coordinación coas políticas de protección internacional e inclusión social de poboación migrante.

O perfil das principais mulleres afectadas pola VR e a VNH implica—ineludiblemente—**garantir a accesibilidade universal e cultural** das mulleres a todos os recursos e traballar desde **un enfoque de xénero interseccional**.

- É moi importante neste sentido **deshomoxeneizar** o colectivo de mulleres con discapacidade e atender de forma concreta ás distintas discapacidades, que demandan cuestións que difiren entre si.
- Respecto das mulleres **migrantes e das súas descendentes**, ocorre o mesmo. É necesario sinalar que os procesos de acollida ou apoio que necesitan son diferentes dependendo de como é a súa entrada no país e, sobre todo, do tipo de violencia que sofren. Por exemplo, as vítimas de prácticas nocivas ou abortos forzados debidos á selección prenatal do sexo non contan habitualmente con apoio familiar (situación que tamén poden enfrontar as vítimas de XS); aquelas que chegan a España por reagrupamento familiar temen denunciar as súas parellas por se son expulsadas de volta ao seu país (descoñecen o dereito que as protexe); o mesmo ocorre coas VBH que se enfrontan a perpetradores múltiples entre os membros da súa familia.
- En xeral, son grupos de mulleres que se caracterizan por enfrontar a ausencia de redes de apoio emocional e de recursos; descoñecer os dereitos fundamentais das mulleres en España; experimentar violencia e desprotección por parte do persoal funcionario e forzas e corpos de seguridade dos seus países de orixe ou nos países de tránsito ou ambos. Isto é extensible ás experiencias das mulleres xitanas/romanís.

O marco institucional de loita contra as VBH necesita de maior desenvolvemento e especificidade en España. É insuficiente. Respecto do da VR, é aquel que defende os DSR como parte dos dereitos fundamentais (a saúde, a información, a liberdade, a seguridade, a igualdade e a non discriminación, entre outros) e a vida libre de violencia para todas as mulleres.

- Os DSR están recollidos explicitamente na Declaración sobre a eliminación da violencia contra a muller (1993) e a eles aluden numerosas recomendacións e observacións doutros instrumentos internacionais de dereitos humanos, entre eles: a Recomendación xeral número 35 sobre a violencia por razón de xénero contra a muller da CEDAW, así como o marco de dereitos das persoas con discapacidade e en concreto das mulleres con discapacidade (CDPD) e de dereitos da infancia.
- No contexto europeo, o artigo 39 do Convenio do Consello de Europa sobre prevención e loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica (2011), coñecido como Convenio de Istambul, fai referencia ao aborto e á esterilización forzados.

- A Asemblea Parlamentaria do Consello de Europa condenou a selección prenatal do sexo como un fenómeno que reforza a VCM; e o Parlamento Europeo considera que se trata de xenericidio e é unha violación dos dereitos fundamentais.
- Así mesmo, diferentes resolucións do Parlamento Europeo mostraron a súa preocupación pola situación da SSR e os DSR das mulleres e das mulleres con discapacidade, aludindo explicitamente á erradicación destas violencias.
- A proposta de Directiva europea sobre a loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica, que se espera que sexa de aprobación inminente, alude igualmente á erradicación do aborto forzado e á esterilización forzada. Tamén incide na mellora da acción sobre a VBH ou CNH.
- A revisión normativa en relación coa XS caracterízase particularmente por unha ausencia de consenso internacional. Neste sentido, acúsase a falta de recoñecemento normativo internacional desta práctica como unha forma de VR.

Todo iso foi recollido no **noso marco estatal**, principalmente a través da ratificación do Convenio de Istambul no ano 2014.

- O desenvolvemento de normativas máis recentes prestoulles unha maior atención ás VR. Deste xeito, contamos coa LOSSRIVE (art. 2 e art. 31) e coa Lei orgánica 1/2023, do 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei orgánica 2/2010, do 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo. Defínese a violencia no ámbito reprodutivo, o AEAF e proporciónanelles aos poderes públicos suficientes referencias para traballar a garantía dos DSR das mulleres en calquera nivel administrativo
- O Código penal (1995) recolle os delitos relativos á maioría das expresións da VBH, pero non recolle con facilidade algunhas expresións. Sería de interese ver as posibilidades de adaptación do modelo británico e do modelo sueco ao contexto español.
- O CP recolle especificamente o aborto non consentido e a esterilización forzada. Esta foi legal contra as mulleres con discapacidade (ou incapacitadas legalmente) ata a chegada da Lei orgánica 2/2020, do 16 de decembro, de modificación do Código penal para a erradicación da esterilización forzada ou non consentida de persoas con discapacidade incapacitadas xudicialmente.

- Aínda que a Lei 12/2009, do 30 de outubro, reguladora do dereito de asilo e a protección subsidiaria abarca a protección ás mulleres por razóns de xénero, nin a VR nin os CNH se explicitan; tampouco o fai o Regulamento que rexe o Sistema de acollida de protección internacional e temporal (pero si se alude á VCM).
- A EEVM 2022-2025 é a referencia normativa que recoñece manifestacións de violencia de maneira máis ampla, pero non aparecen de modo específico nas medidas que a desenvolven. O mesmo ocorre con respecto ao PECVX.

O noso marco institucional **é pouco explícito** (para a VR e VBH) en relación coas estratexias e plans que ordenan as políticas públicas, cuxas referencias son importantes, pero demasiado xenéricas.

- Hai referencias ao AEAF no PEIEMH (eixes 3 e 4), no PECVX (eixe 2, mellora da resposta institucional), na EEVM 2022-2025 (diagnóstico e o eixe 2, sensibilización, prevención e detección, e eixe 3, protección, seguridade, atención e reparación). Na ENSRR (2011) alúdese a embarazos e abortos forzados en relación coa violencia sexual.
- As referencias sobre XS son moi puntuais. Atópanse na Lei 35/1988 e posterior Lei 14/2006; no artigo 221 do CP, no Plan estratéxico nacional contra a trata e a explotación de seres humanos (2021-2023), na EEVM 2022-2025 e na Lei 1/2023, que modifica a Lei orgánica 2/2010. Con todo, existen outras referencias que entran en conflito co recoñecemento sobre a XS que realiza a citada normativa, como a Instrución do 5 de outubro de 2010, que permite a filiación dos bebés nados por XS fóra das nosas fronteiras.
- O marco autonómico é moi desigual, tal e como sinala o informe do GREVIO (2020). Pouco explícito nas súas referencias normativas e con diferenzas considerables nos servizos e recursos que están dispoñibles dun territorio a outro.

O mapeo na atención ás VR demostrou o interese das EELL por intervir en todo tipo de VCM, pero tamén o seu descoñecemento ao respecto.

- Non chegan ao 25 % as entidades locais que consideran que aplican —por completo— o enfoque de xénero interseccional no seu traballo sobre VCM, o cal dificulta a identificación das vítimas, sobre todo, na formas menos coñecidas.

- O 29 % das EELL descoñece en que consiste o AEAF. Soamente o 18,5 % tivo un contacto directo con esta VR ao longo do seu traballo.
- Salvo excepcións, carécese de recursos especializados para a VR, tanto no ámbito local coma no supralocal. A atención realízase fundamentalmente a través dos servizos especializados en violencia de xénero ou, na súa falta, aqueles relacionados coa SSR (en xeral).
- As experiencias analizadas céntranse na promoción dos DSR e a súa relación coa VS e a VX. As entidades de apoio e defensa ás mulleres con discapacidade son as organizacións que teñen máis experiencia e recursos na atención ao AEAF.
- O éxito destas prácticas reside na formación, na coordinación, na garantía da accesibilidade universal, ademais da adaptabilidade ás situacións individuais de cada usuaria e a cada tipo de discapacidade.
- As organizacións e as entidades locais teñen moi poucas experiencias de traballo orientadas aos CNH, fóra dos matrimonios forzados e a MXF (que non forman parte deste estudo). En xeral, as organizacións de defensa das mulleres migrantes e as especializadas no dereito á protección internacional son as que máis experiencia teñen na actuación coas vítimas.

Calquera [intervención en materia de VR ou CNH](#) debe de partir da súa aliñación cos principios e actuacións establecidas no Convenio de Istambul.

- A resposta ante as VR e os CNH corresponde a todas as esferas da **responsabilidade institucional** (a prevención, protección, asistencia, reparación ás vítimas e promoción da xustiza) que se fundamenta na garantía e o recoñecemento efectivo dos dereitos de todas as vítimas; é dicir, responde á noción de dilixencia debida.
- Para a atención ás vítimas, os **recursos económicos** son imprescindibles, entre outras cuestións para a estabilidade do persoal de atención e soster a incorporación de novos perfís profesionais, que non están presentes actualmente na atención á VCM e son necesarios.
- As estratexias de saúde sexual e reprodutiva, xunto cos plans estratéxicos en materia de loita contra a VCM, e os plans de atención á protección internacional e a inclusión social de poboación vulnerables deberían considerar sistematicamente e de forma transversal a detección da VR e dos CNH.

A pesar de que a violencia contra as mulleres é un problema complexo que precisa dunha abordaxe claramente multidisciplinaria, hai que resaltar **a función estratéxica á atención desde a saúde** (Ruffa e Chejter, 2010).

- A atención sanitaria non só facilita a dispoñibilidade de tratamentos preventivos para reducir riscos específicos asociados ás violencias, senón que cumpre unha función lexitimadora e facilitadora, xa que ao proceder do sistema de saúde é pública, gratuíta e ten recoñecemento social. Doutra banda, son clave a posta á disposición das mulleres de profesionais sanitarios nun clima de privacidade onde as vítimas pode desenvolverse en confianza para denunciar as situacións que afrontan, e a dispoñibilidade dun sistema de recursos estendidos no territorio e cada vez máis sensibilizados, e con protocolos de alerta e para a reacción coordinada con outros servizos (Ruffa e Chejter, 2010). Para que isto sexa así, é imprescindible traballar con perspectiva de xénero interseccional e baixo os principios de accesibilidade universal e cultural.
- Neste contexto, **os espazos clave para a detección da VR son** os sanitarios, tanto os servizos de atención primaria (enfermería, medicina, matrona, unidade de traballo social) coma os especializados en saúde mental, xinecoloxía e obstetricia. Así mesmo, os recursos en materia de igualdade, aqueles centrados na atención psicosocial integral son os que van favorecer a recuperación da vítima.
- **Os espazos clave para a detección da VBH son**, xunto cos sanitarios, os educativos, dado que lle afectan de forma relevante á poboación adolescente e nova; así como aqueles que promoven a acollida e inclusión social de poboación vulnerable ou poboación estranxeira.
- **O capacitismo, o antixitanismo, o racismo e a xenofobia** son barreiras que dificultan e impiden o acceso e uso dos recursos ás vítimas de VR e VBH. É necesario traballar desde a consideración do **enfoque de xénero interseccional** como unha condición irrenunciabile para garantir os dereitos das vítimas.

É necesario **mellorar o coñecemento** sobre as formas de violencia menos coñecidas, sobre todo dándolles protagonismo ás mulleres sobreviventes destas.

- É necesario, ademais, mellorar o rexistro de vítimas e de delitos, así como a medición da prevalencia de forma diversa e a través de múltiples instrumentos —harmonizados—

porque a violencia reprodutiva e a violencia que se produce nos denominados crimes en nome «da honra» caracterízanse pola súa pluridimensionalidade.

- Existen diferentes estratexias para iso, desde a mellora do rexistro e as enquisas institucionais ata a utilización do *big data*. Neste sentido realízanse propostas específicas.

Tomando en consideración as conclusións alcanzadas no diagnóstico, o presente informe desenvolve unha terceira parte de recomendacións e **propostas**.

- Divídense en tres tipos: por unha banda, aquelas que teñen que ver coa **producción de coñecemento**, que son imprescindibles para a prevención e a mellora das intervencións; por outra, as relativas á **atención integral** ás vítimas nesta materia; e, finalmente, aquelas que aluden especificamente ao **funcionamento de ATENPRO** e o seu futuro desenvolvemento holístico, como un instrumento que resulta fundamental na coordinación e prestación de servizos para as mulleres en moitos municipios en España, sobre todo os máis pequenos e os máis rurais. Forman parte dos capítulos seguintes.
- As recomendacións para a intervención e as propostas para un **modelo local de acción** parten das necesidades detectadas no diagnóstico, os retos de coordinación sinalados ao longo das prácticas estudadas e das propias experiencias analizadas. Tanto a falta de datos coma a falta dun marco institucional máis específico e consolidado dificultan a *protocolización*, polo que as suxestións deste traballo deben tomarse como un **modelo aberto ao debate, a experimentación e a modificación**.

As EELL son as administracións públicas pioneiras na atención á igualdade entre mulleres e homes, o que comprende «o fin do acoso sexual e de todas as formas de violencia contra as mulleres e as nenas, así como no compromiso de garantir os dereitos sexuais e reprodutivos, incluído o dereito á autonomía sexual das mulleres, e de garantir a igualdade de participación na política e na toma de decisións en todos os ámbitos da vida» (UCLG, 2021: 1).

- Os recursos locais de igualdade son servizos básicos para a cidadanía (Guilló *et al.*, 2022); con todo, as unións de municipios internacionais alertan do risco de perder estes recursos ante retrocesos democráticos. De aí a importancia de expresar firmes compromisos institucionais xunto coa planificación de actuacións e orzamentos que

materialicen os devanditos compromisos cara ás violencias menos coñecidas, como son a violencia reprodutiva e os crimes en nome «da honra».

- Tal e como sinala a Declaración mundial sobre as mulleres no goberno local (UCLG, 2021: 5), «os gobernos locais e rexionais están en primeira liña para poñer en marcha mecanismos que garantan os dereitos sexuais, reprodutivos, de saúde e outros. É necesario poñer en marcha unha ampla coalición, con mulleres líderes e aliados dos gobernos locais e rexionais, parlamentarias e organizacións da sociedade civil, feministas, de base, activistas e comunitarias, para defender os dereitos de todas as nenas e mulleres na súa diversidade e acabar coa impunidade de todas as formas de discriminación por razón de xénero, asegurando que isto sexa a prioridade na axenda das eleccións, das políticas e de todos os foros pertinentes».

III. RECOMENDACIONES E PROPOSTAS PARA A INTERVENCIÓN

14. Propostas para mellorar o coñecemento e o uso do *big data*

14.1. Mellorar a produción de coñecemento

Un dos resultados da investigación é o relativo aos **déficits de información** con respecto á recollida de datos sobre os tipos de VCM e a falta de datos dos que se dispón sobre algúns colectivos que, como no caso das mulleres con discapacidade e as mulleres procedentes dalgunhas diásporas, se enfrontan a estas formas específicas de violencia.

Deste xeito, é imprescindible avanzar no ámbito do coñecemento desde diferentes perspectivas, cualitativa e cuantitativa. Non debe esquecerse que **é unha das obrigacións dos estados**, non soamente do Convenio de Istambul, senón que así é sinalado por todas as resolucións que se inclúen nas recomendacións da CEDAW.

En primeiro lugar, é necesario mellorar o acceso aos datos existentes:

- É esencial **mellorar o acceso ás fontes e bases de datos actuais** relacionadas cos delitos relativos ás VR e CNH; en aberto e con todos os datos desagregados por sexo.
- Non sempre na información pública a desagregación está completa. Algúns delitos, como a suposición de parto e a alteración da paternidade, relacionados coa VR, agrúpanse xunto con outros delitos do mesmo ámbito, dificultando a análise detallada e a comprensión da magnitude e características específicas destas violencias. É crucial traballar nunha desagregación máis precisa.

De maneira transversal, sublíñase a importancia de considerar **a diversidade como un requisito de análise** da poboación:

- A **análise demográfica** pode mellorar a detección de grupos con maior risco de sufrir estas violencias, por exemplo, considerando as variables presentes nos perfís dos colectivos de mulleres máis vulnerables, tales como discapacidade —segundo tipo de discapacidade—, idade, orixe e nacionalidade, etnia (máis aló da poboación xitana), orientación sexual, hábitat (rural/urbano) e situación económica, entre outras. Diferentes estatísticas, desde o padrón pasando pola EPA, poden achegar datos de interese, aínda que non todos están dispoñibles no ámbito local.

- Así mesmo, o emprego de **variables sociodemográficas** diversas no deseño das mostras nas enquisas deben poder permitir a **explotación estatística** desde o enfoque de xénero **interseccional**.
- Convén lembrar que a Lei orgánica 5/2018, do 28 de decembro, de reforma da Lei Orgánica 6/1985, do 1 de xullo, do poder xudicial, sobre medidas urxentes en aplicación do Pacto de Estado en materia de violencia de xénero, especifica que a información estatística obtida deberá poder desagregarse cun indicador de discapacidade das vítimas. O noso marco normativo fai, polo tanto, fincapé na desagregación con indicador de discapacidade da información que se recolla sobre as vítimas.
- Respecto da orixe, hai que ter en conta as diferenzas socioculturais entre os distintos países, profundando particularmente na situación socioeconómica e os dereitos que teñen ou non recoñecidos nos seus países as mulleres xestantes.

Os resultados desta análise poden ser de grande utilidade para **orientar os esforzos de prevención e sensibilización** cara aos grupos máis vulnerables e cara ás e aos profesionais dos servizos públicos que teñen máis contacto na súa vida.

De igual modo, é necesario **mellorar os rexistros e realizar máis investigacións**:

- **Deseñar novos rexistros e modificar** os rexistros e procedementos de cuantificación de vítimas de delitos (e outro tipo), para dimensionar adecuadamente as persoas que son vítimas da VR. Por exemplo, os relativos a:
 - Estatística de poboación estranxeira solicitante de protección internacional, refuxiados, beneficiarios de protección subsidiaria, desprazados e apátridas
 - Vítimas da violencia de xénero
 - Vítimas da violencia sexual
 - Vítimas de trata con fins de explotación sexual
 - Persoas transexuais en procesos de reatribución de xénero en procedementos cirúrxicos
 - Mulleres con discapacidade vítimas das esterilizacións forzosas
 - Rexistros de nacementos e de rexistrados no estranxeiro; estatística de adquisicións de nacionalidade española de residentes
 - Base estatal de datos de persoas con valoración do grao de discapacidade

- Estatística do Sistema de seguimento integral nos casos de violencia de xénero (Sistema VioGén)
- Estatística de violencia doméstica
- 016-Servizo telefónico de información e asesoramento xurídico en materia de VCM
- Servizo ATENPRO
- Optimizar a medición da prevalencia:
- Enquisas de medición da **prevalencia** das formas específicas da VR e os CNH como tipos de violencia contra as mulleres que requiren dos seus propios instrumentos
- **Adaptación ou inclusión de módulos** pertinentes noutras enquisas dispoñibles, como son: Macroenquisa sobre violencia contra a muller; Enquisa europea de violencia de xénero; Enquisa de fecundidade; Enquisa nacional de saúde de España; Enquisa nacional de saúde a poboación xitana; Enquisa de discapacidade, autonomía persoal e situacións de dependencia; Enquisa de saúde sexual e reprodutiva; así como enquisas sobre a poboación de orixe estranxeira en España (entre outras).
- **Estudos de prevalencia** en municipios pequenos e rurais.
- Profundar en temáticas **concretas**, tales como:
 - O impacto das reformas legislativas recentes na mellora da protección das mulleres con discapacidade fronte á VR
 - A vinculación entre o AEAF e a explotación sexual e laboral das mulleres
 - A relación entre as VR e a violencia sexual contra as mulleres
 - A relación entre as prácticas nocivas contra as mulleres e a VR, en concreto: abortos forzados en relación coa selección prenatal do sexo, probas de virxindade e himenoplastia
 - A protección internacional das vítimas da VR
 - A VR que afecta as mulleres migrantes e refuxiadas nos desprazamentos, tránsitos e procesos de acollida
 - A esterilización forzosa e a reatribución de xénero dos homes transexuais
 - O AEAF e o control da menstruación
 - A VR no caso das mulleres en situación de illamento e semiillamento (clínicas e centros psiquiátricos, institucións de coidado, prisións, CIE etc.)

- Fomentar a investigación desde as **asociacións profesionais e científicas** relacionadas coa saúde sexual e reprodutiva (sexoloxía, xinecoloxía, matronería, enfermería, psicoloxía) e desde outras disciplinas, como son as ciencias sociais (antropoloxía, socioloxía, traballo social, dereito, criminoloxía) e da seguridade cidadá (ciencias policiais).
- Implicar as **ONG** con programas de atención a mulleres¹⁸⁴ na recollida de datos para mellorar o coñecemento sobre o problema e como mellorar a intervención; por exemplo, mediante grupos de traballo ou comisións temáticas.
- Nas entidades do **movemento asociativo** da discapacidade, dirixir enquisas e estudos ás familias con fillas sobre sexualidade, dereitos reprodutivos e VR.
- Nas **organizacións especializadas** na inclusión de poboación de orixe ou descendencia migrante e poboación xitana, incluír a VR e os CNH dentro dos ámbitos de estudo sobre a VCM.
- Promover que nas **universidades e centros de investigación** públicos e privados se abran liñas de investigación sobre VR e CNH.
- Promover a recollida de datos **desde os recursos sanitarios** de todos os niveis de atención pública.
- Facilitar que **os programas de saúde comunitarios (locais)** rexistren de forma específica as violencias reprodutivas en función das súas tipoloxías, e especificamente aquelas que lle afectan á poboación máis vulnerable:
 - AEF
 - Aborto selectivo como práctica de selección do sexo
 - Prácticas nocivas: probas de virxindade, himenoplastia, MXF etc.
 - Xestación subrogada
- Involucrar os **provedores privados de servizos sanitarios** na produción e recollida de información sobre VR.

A compilación ordenada e accesibilidade ao público é un requisito de transparencia, pero tamén un instrumento para facilitar información para o diagnóstico de situación para aquelas EELL que non poden producir estudos propios.

¹⁸⁴ Incluídas as persoas transexuais vítimas da VR.

- **Necesitaríase unha base de datos centralizada** que recolla e organice investigacións, informes e estatísticas relacionadas con estas violencias.
- Dado o desenvolvemento institucional e consolidación da web da DGVX¹⁸⁵ que contén un portal estatístico, sería de interese a súa inclusión na devandita plataforma, así como a súa ligazón ou vinculación co Ministerio de Inclusión, Seguridade Social e Migracións, Ministerio do Interior e o Observatorio de Saúde das Mulleres do Ministerio de Sanidade.
- O desenvolvemento dunha plataforma web global **respecto do ámbito municipal, desde a FEMP**, favorecería a explotación de datos estatísticos cun valor único para a detección das violencias, a posta en marcha de medidas de acción e a súa avaliación.

Finalmente, unha estratexia complementaria que cómpre ter en conta é a **avaliación das intervencións existentes**, actuais e futuras.

- Ademais de actualizar datos sobre a poboación usuaria ou destinataria, os datos permitirán adaptar e mellorar as estratexias de prevención e apoio ás vítimas co obxectivo de crear contornos máis seguras no futuro.
- Nesta liña, sinalouse a importancia de empregar o **potencial do servizo ATENPRO** para a produción de información local; para o que require mellorar o seu sistema de recompilación e explotación de datos.

14.2. Ferramentas de *big data*

A produción de coñecemento é indisoluble das estratexias de **prevención e intervención** temperá destes fenómenos. O uso de Internet e *big data* emprégase tamén neste campo como o devandito obxectivo.

En primeiro lugar, destácase a importancia de monitorizar **as redes sociais e plataformas dixitais**.

- Mediante o uso de técnicas de *big data*, é posible analizar estas interaccións para identificar actitudes, opinións e tendencias relacionadas coa violencia contra as mulleres (Xue *et al.*, 2019).

¹⁸⁵ Web da DGVX. Acceso

- A análise baseada en mensaxes recompiladas de plataformas como Twitter, Facebook, Instagram e periódicos web ofrece unha perspectiva para comprender as percepcións e estereotipos relacionados con estas formas de violencia.
- A recompilación de datos pode axudar a detectar problemas emerxentes, permitindo a personalización de campañas de sensibilización (Capobianchi, Muratore & Villante, 2023).

En segundo lugar, propónse explorar o desenvolvemento de modelos **predictivos como ferramenta para a prevención e a intervención.**

- Utilizando algoritmos de aprendizaxe automática baseados en datos históricos pódense identificar áreas xeográficas ou grupos de poboación con maior risco de sufrir violencias reprodutivas ou crimes de honra. Un exemplo de uso real é o exposto por González-Prieto *et al.* no artigo «Machine learning for risk assessment in gender-based crime», onde se desenvolve un modelo de aprendizaxe automática para a prevención da violencia utilizando un conxunto de datos de máis de 40 000 persoas que foron vítimas de delitos de xénero nos Estados Unidos. Cunha precisión do 80 %, o modelo puido predicir o risco de vitimización ao tomar en conta diversos factores, como a idade, a raza/etnia, o estado socioeconómico, o historial de violencia, o abuso de substancias, a saúde mental e o contorno social da vítima. Esta ferramenta serviu para identificar mulleres con maior risco de seren vítimas de delitos de xénero e brindarlles intervencións, como asesoramento, orientación e apoio financeiro.

En terceiro lugar, considérase de especial relevancia a creación dunha **plataforma de recompilación de datos en liña**, tal e como prevé a FEMP en relación con ATENPRO, como unha ferramenta holística de atención á VCM en todas as súas formas.

- Esta plataforma permitiría recompilar e centralizar información sobre casos documentados, perfís das partes involucradas e aspectos legais e éticos. A recompilación permitiría realizar unha análise detallada e baseada en evidencias, fundamentando así a toma de decisións informadas.
- Exemplo diso é a National Network to End Domestic Violence (NNEDV) dos EEUU, que traballa para previr a violencia doméstica, axudar as vítimas e ofrecer información. NNEDV conta cun portal web que ofrece información sobre a violencia doméstica, así como recursos para as vítimas. Trátase dunha plataforma cuxo obxectivo é ofrecer

información específica, ofrecendo diferentes recursos que van desde a prevención ata a recompilación de datos.

Como ferramenta de diagnóstico, suxírese tamén o establecemento de plataformas **de consulta e denuncia anónima en liña**.

- Estas plataformas brindaríanlles ás persoas a posibilidade de denunciar de maneira confidencial casos ou sospeitas de VR e CNH (ou outra VCM). Ao utilizar técnicas de *big data* para analizar os datos recompilados, poderíanse xerar estatísticas sobre a incidencia destes crimes, o que permitiría o deseño de políticas preventivas máis efectivas.
- Plataformas como RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network) ou National Domestic Violence Hotline, ambas dos Estados Unidos, son ademais dunha canle para a denuncia, unha fonte de información que ofrece ao detalle estatísticas sobre o perfil das vítimas, os perpetradores de violencia sexual e as persoas axudadas por estas plataformas.

O uso do *big data* na **sensibilización** sobre violencias reprodutivas e crimes de honra pode enriquecer de maneira significativa as estratexias destinadas a abordar estas problemáticas.

- Unha das medidas fundamentais é a creación de campañas **de concientización dirixidas e adaptadas a diferentes grupos de poboación e contextos**. Ao aproveitar os datos recompilados a través do *big data*, pódese obter unha comprensión máis precisa das necesidades e experiencias das persoas afectadas. Estas campañas poden utilizar diversos medios, incluídas as redes sociais, para chegar a un público máis amplo e xerar un maior impacto.
- Neste contexto, seguindo as recomendacións de traballos como *Profundización en el uso de técnicas asociadas a big data en el ámbito de la lucha contra las violencias hacia las mujeres (2020)*, suxírese a importancia de mellorar a **presenza institucional** en plataformas como Twitter, Instagram ou Youtube, para aproveitar o alcance e a participación da audiencia.
- O **uso de lemas de sensibilización** nas comunicacións pode ser unha estratexia para aumentar o alcance. Palabras e hashtags como #NiUnaMenos, #ViolenciaDeGénero e #ViolenciaMachista convertéronse en símbolos da loita contra a violencia de xénero e

utilízaos en futuras campañas centradas en violencias reprodutivas ou crimes de honra permitiría aproveitar a relevancia que xa teñen.

- O *big data* podería ser de grande axuda para identificar a **poboación obxectivo** destas campañas e tamén para seleccionar **datos sinalados** onde esta difusión podería ter un maior alcance, por exemplo, o 8 de marzo, Día Internacional da Muller, e outras efemérides (véxanse máis adiante as recomendacións en materia de sensibilización).

Outra estratexia para abordar estas violencias é crear **espazos en liña onde as persoas poidan compartir as súas experiencias, opinións e propostas**.

- Estes espazos dixitais permitirían unha maior interacción entre a sociedade e os expertos, promovendo a xeración de solucións máis centradas nas necesidades reais das persoas afectadas. O informe de United Nations Women (2023) *Disasters, Crises and Violence Against Women* resalta a importancia de promover o acceso e o uso de Internet, especialmente entre as mulleres, para brindar ferramentas que permitan buscar axuda e recursos para as vítimas de violencia de xénero, fortalecendo así a protección e o apoio a quen o necesita.

15. Propostas para a intervención

15.1. Reforzar o marco institucional das «outras violencias»

Todas as violencias contra as mulleres son combatidas desde os marcos institucionais que promoven a igualdade entre mulleres e homes en calquera ámbito da sociedade. Polo tanto, reforzar as leis e políticas baseadas nun compromiso cos dereitos humanos e a igualdade de xénero favorecerá eliminar as causas polas cales se produce a VCM, en calquera das súas expresións.

En relación cun *marco institucional ideal*, os resultados das enquisas e entrevistas sinalan unha serie de propostas para mellorar a situación actual que están aliñadas coas recomendacións das organizacións internacionais e que se dirixen a dar visibilidade e especificidade dentro das características do Convenio de Istambul.

Trátase das seguintes consideracións:

- Garantir que os marcos de protección **á infancia e á adolescencia** recollen apropiadamente a VR e os CNH, non soamente desde a perspectiva da seguridade das nenas e mozas, senón tamén desde o enfoque da atención especializada.
- Que os **marcos normativos** que protexen os dereitos das mulleres (incluído o marco penal) en materia de VCM e en materia de saúde incorporen a VR de forma explícita e aludindo ás súas diferentes tipoloxías e que se incorporen no marco do dereito español as melloras necesarias para considerar todos os agravantes e manifestacións implicadas na violencia en nome da honra ou CNH. As entidades locais poden trasladar isto mesmo ás **súas ordenanzas de xénero**.
- Consideraranse para iso a participación dos colectivos afectados por estas violencias para que acheguen a súa *expertise*: comunidades con prevalencia de CNH, entidades do ámbito da discapacidade ou específicas de mulleres con discapacidade, así como a doutros colectivos especialmente vulnerables á VR, incluídas as persoas transexuais e o colectivo LGTBIQ+ en xeral.
- Que na implementación e avaliación do I **PEIEMH** e da actual **EEVM 2022-2025** e do **PECVX** se incorporen medidas concretas sobre a VR (en concreto con respecto á XS e a AEAf) e a VNH.

- Que tamén se incorpore a **transversalización da perspectiva da discapacidade e a interseccionalidade**, en xeral, porque iso contribúe a visibilizar as violencias menos coñecidas.
- Que a avaliación da actual **ENSSR** e a futura estratexia inclúan medidas concretas para a prevención, atención e reparación da VR; destinando actuacións específicas para mulleres con discapacidade e outros colectivos en situación de especial vulnerabilidade. Préstaselle, así mesmo, especial coidado a aquela intersección entre VNH e a súa expresión reprodutiva.
- Que as políticas públicas de atención á **discapacidade** incorporen a perspectiva de xénero, incluídas medidas específicas para a prevención, atención e reparación da VR e tamén con respecto ás expresións de CNH que puidesen afectarlles ás mulleres con discapacidade en maior medida.

No caso particular da **XS**, as expertas consideran que se debería incidir no **recoñecemento internacional como unha forma de explotación reprodutiva** —que permita equiparar o seu tratamento ao que reciben outras manifestacións de VR— e na consideración de recorrer a esta práctica para ter bebés como **tráfico de seres humanos**.

Ao tratarse dunha violencia que pode constituír un delito internacional e é un atentado contra os dereitos humanos, organizacións e persoas expertas instan a creación dun **convenio internacional** que prohiba, persiga e sancione transnacionalmente a práctica. Existen algunhas propostas ao respecto, das que destacan:

- A Convención internacional feminista para a abolición da xestación por substitución¹⁸⁶, elaborada por CIAMS (2020).
- A **Declaración para a abolición mundial da maternidade subrogada ou Declaración de Casablanca**¹⁸⁷ (2023). Anexa unha proposta de Convenio internacional e varias recomendacións aos estados:
 - Prohibir a xestación subrogada no seu territorio.
 - Negar todo valor xurídico aos contratos e ao recoñecemento da filiación.
 - Sancionar as persoas físicas e xurídicas que actúen como intermediarias.

¹⁸⁶ Convención internacional feminista para a abolición da xestación por substitución. Acceso

¹⁸⁷ Declaración para a abolición mundial da maternidade subrogada ou Declaración de Casablanca. Acceso

- Perseguir xudicialmente as persoas que recorran á maternidade subrogada no seu territorio e aos nacionais que recorran a ela fóra do seu territorio.
- Actuar a favor da aplicación dun instrumento xurídico de prohibición global.

En canto á **violencia baseada na «honra»** ou crimes en nome da «honra», requírese deseñar itinerarios adaptados de atención, accesibles desde a perspectiva cultural, e con cualificación experta por parte de profesionais. A atención xeneralista desde a VX non se adapta ás necesidades das vítimas e non conta cos RRHH necesarios; xunto con iso, a protección das vítimas é deficitaria e pouco específica para os seus riscos. É necesario estudar as potencialidades do modelo sueco e do modelo británico para España.

As recomendacións anteriores aluden fundamentalmente ao marco estatal, pero no caso doutros **niveis da Administración pública** son igualmente transferibles respecto dos seus instrumentos normativos particulares.

Desta forma, **no ámbito local** fariamos referencia aos plans institucionais e ás ordenanzas municipais en relación coa igualdade e coa violencia contra as mulleres e en materia de saúde en xeral e SSR en particular, así como coa atención á discapacidade.

Por iso, pode transferirse aos plans locais de igualdade e de loita contra a violencia machista, aos plans de saúde comunitaria, atención á sexualidade e aos DSR, e a outros instrumentos locais relativos a colectivos de mulleres altamente vulnerables á VR e ás prácticas relacionadas cos denominados crimes en nome «da honra» (como os plans de inclusión social, protección internacional, cooperación para o desenvolvemento e plans de infancia, adolescencia e mocidade).

15.2. Atención integral e coordinada

15.2.1. Dereitos e integralidade da atención

A enquisa a entidades locais, dado a súa falta de experiencia na atención á VR e á VNH, achegou moi pouca información sobre as necesidades das vítimas e as dos seus fillos e fillas.

Non obstante, tanto as organizacións expertas coma os distintos servizos de atención local consideran que todas as mulleres vítimas da violencia machista teñen necesidades similares, sempre que os seus dereitos fundamentais son vulnerados e, polo tanto, estiman que as necesidades das vítimas —de calquera violencia machista— deben ser atendidas sempre en

relación coa **noción de integralidade e universalidade**, é dicir, **atendendo a todos os dereitos que lles corresponden e á súa total reparación**.

De acordo coa consulta realizada —tanto ás EELL coma ás organizacións e persoas expertas—, a **noción de integralidade** alude á **centralidade dos dereitos** das vítimas (os seus fillos e fillas).

Esta cuestión correspóndese co modelo de atención das vítimas da VX promovido pola Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero, que foi reforzado grazas ao PECVX e á Lei orgánica 10/2022, do 6 de setembro, de garantía integral da liberdade sexual; que se basearon, pola súa vez, no **Convenio de Istambul**. O Convenio de Istambul incide en poñer «os dereitos da vítima no centro de todas as medidas» (art. 7.2.).

Deste xeito, os resultados do traballo de campo aluden a considerar todas as **necesidades de atención e de reparación integral** que se esperan na atención ás vítimas da VX:

- De información e orientación
- De seguridade, protección e garantía de non repetición
- De saúde sexual e reprodutiva
- De saúde mental
- De saúde física
- De atención social, vivenda, educación, atención á infancia ou persoas dependentes.

No caso da vivenda, é importante ter en conta que moitas mulleres con discapacidade requiren de vivendas adaptadas e en moitos casos da presenza de asistentes persoais para o desenvolvemento cotián de actividades. Por este motivo, é necesario asegurar a existencia de diferentes recursos, como son a vivenda tutelada supervisada ou a vida autónoma con asistencia persoal. As mulleres vítimas de VR con discapacidade teñen o dereito de saír do ámbito familiar agresor cos apoios adecuados.

- O límite da idade dos fillos ou fillas que poden convivir coas súas nais nalgúns recursos habitacionais (ata os 18 anos) é unha barreira para algunhas mulleres que necesitan protexelos a pesar de ser maiores de idade.
- De encontro entre iguais, mediante a intervención grupal coas mulleres para o seu apoderamento persoal e social.

- De inclusión e participación social.
- De autonomía económica (con referencia ao emprego, formación para o emprego e/ou acceso a axudas monetarias ou doutro tipo).
- Necesidades de apoio aos seus familiares ou persoas próximas.
- Necesidades que aluden a outras dimensións da reparación integral en termos de restitución, indemnización, rehabilitación ou satisfacción.

Os **modelos de atención integral** serían os responsables de darlles resposta ás necesidades das vítimas da VCM.

Estes modelos adóitanse articular ben en servizos integrais ben en recursos de derivación (coordinados) e adoitan abarcar información, atención inicial e orientación a vítimas, atención inicial e orientación a familiares, atención xurídica, acompañamento xudicial, atención de emerxencia a vítimas, seguridade-protección, atención social e á autonomía económica, atención residencial (vivenda), atención educativa/formación, atención sanitaria, atención psicolóxica, atención a fillas/fillos de vítimas, tratamento e reparación a fillos/as vítimas, vínculos ou rede social e outros. O ideal é **que fosen extensibles** para as mulleres vítimas de VR e de CNH **tendo en conta as súas necesidades específicas** (véxanse os puntos 5.3, 8.3 e 11.1.2).

Para traballar sobre as necesidades das vítimas sinalouse —reiteradamente— que se debe dispoñer dun **plan individualizado** de atención para cada muller, que teña en conta a interseccionalidade con outras desigualdades e preste unha resposta transversal e coordinada. As recomendacións e propostas ao respecto atópanse na segunda parte deste informe, pero tamén se aludiu a elas na descrición das necesidades das afectadas.

O apoio especializado debe ofrecerlles ás vítimas un **apoyo personalizado** tendo en conta as súas necesidades específicas e **independentemente de calquera denuncia policial**¹⁸⁸.

- As e os especialistas fixeron fincapé en que as necesidades das vítimas **variarán segundo da situación persoal e vital** de cada unha delas, polo que deben responderse baixo a lóxica da **atención individualizada**.

¹⁸⁸ Tal e como indica a proposta de Directiva do Parlamento Europeo e do Consello sobre a loita contra a violencia contra as mulleres e a violencia doméstica (acceso), Estrasburgo, 8.3.2022 COM (2022) 105 final 2022/0066(COD).

- As necesidades **modifícanse ou transfórmanse** dependendo do momento temporal. É dicir, se se enfrenta un contexto de crise ou emerxencia, faise fronte á saída do contexto de violencia, tómase conciencia dun feito pasado ou trátase dun proceso de recuperación a longo prazo. As necesidades das vítimas e as dos seus fillos e fillas **evolucionan co tempo**.

Finalmente, cómpre sinalar que apenas se fixo alusión ás necesidades específicas das **fillas e fillos** das mulleres vítimas, os cales tamén poden ser suxeitos desta violencia machista a través de prácticas de violencia vicaria. Alúdese, xa que logo, a necesidades de recursos especializados para as e os menores en materia de saúde mental e apoio educativo.

15.2.2. Accesibilidade universal

O segundo elemento que foi sinalado con unanimidade no traballo de campo, en liña coa literatura e o marco institucional, é a accesibilidade universal aos recursos de atención.

Os resultados da investigación indican que se ten que considerar o seguinte:

- A accesibilidade **é unha necesidade de todas as persoas**, con ou sen discapacidade, pero para estas últimas resulta imprescindible.

É un requisito para poder comprender a información que se proporciona e garantir a libre toma de decisións e consentimento aos procedementos por parte de —todas— as mulleres VVCM.

- Presupón o *deseño universal ou para todas as persoas*, pero tamén require dispoñer de formas adecuadas de **asistencia e apoio** individualizadas, dispositivos técnicos e tecnoloxías de apoio.
- Respecto da **figura de facilitación**, trataríase dun recurso básico en calidade de facilitadoras da accesibilidade física, sensorial ou de comprensión cognitiva como en termos de mediación e interpretación cultural, segundo sexa o perfil da vítima. É neutral e non fala en nome da persoa apoiada nin en nome do recurso de atención; non inflúe nas decisións ou resultados da toma de decisións.

- Garantir a accesibilidade para as mulleres con discapacidade é unha **obligación dos poderes públicos** de acordo coa CDPD das NNUU (2006) ratificada por España en 2007¹⁸⁹. Ademais, **está regulada**:
 - pola Lei xeral de dereitos das persoas con discapacidade e da súa inclusión social, aprobado polo Real decreto legislativo 1/2013, do 29 de novembro;
 - pola Lei 6/2022, do 31 de marzo, de modificación do texto refundido da Lei xeral de dereitos das persoas con discapacidade e da súa inclusión social, aprobado polo Real decreto legislativo 1/2013, do 29 de novembro, para establecer e regular a accesibilidade cognitiva e as súas condicións de esixencia e aplicación;
 - polo Real decreto 193/2023, do 21 de marzo, polo que se regulan as condicións básicas de accesibilidade e non discriminación das persoas con discapacidade para o acceso e utilización dos bens e servizos á disposición do público¹⁹⁰;
 - polo Real decreto 674/2023, do 18 de xullo, polo que se aproba o Regulamento das condicións de utilización da lingua de signos española e dos medios de apoio á comunicación oral para as persoas xordas, con discapacidade auditiva e xordocegas.
- De acordo con este marco normativo, a transversalidade sobre a discapacidade debe ser un principio de toda política pública.
- Tamén resulta indispensable para garantir os dereitos dalgunhas mulleres de orixe ou descendencia migrante, sobre todo cando o castelán¹⁹¹ non é a súa lingua materna.

A accesibilidade require traballar co enfoque da **interseccionalidade** e a prevención da discriminación. Non esquezamos que esta forma de VR está presente en moita maior medida nas vidas das mulleres con discapacidade, con enfermidade mental, procedentes dalgunhas diásporas ou descendentes destas e na das mulleres xitanas. O mesmo ocorre con respecto ás características das mulleres VVBH. Desta forma, no traballo de campo sinalouse con frecuencia aos principios do Convenio de Istambul que alude a que...

¹⁸⁹ Véxase o instrumento de ratificación da Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade, feito en Nova York o 13 de decembro de 2006 (BOE núm. 96, do 21 de abril de 2008).

¹⁹⁰ Que se verá necesariamente complementado pola norma de transposición da Directiva (UE) 2019/882 do Parlamento Europeo e do Consello, do 17 de abril de 2019, sobre os requisitos de accesibilidade dos produtos e servizos (DOUE núm. 151, do 7 de xuño de 2019).

¹⁹¹ Ou a lingua que sexa cooficial da comunidade autónoma pertinente onde se vaia realizar a atención. A Constitución española establece no artigo 3 que o castelán é a lingua oficial do Estado e que as demais linguas españolas son tamén oficiais nas súas respectivas comunidades autónomas: catalán en Cataluña e Illas Baleares, valenciano na Comunidade Valenciana; éuscaro no País Vasco e zonas vascófonas de Navarra; e galego en Galicia.

As medidas para protexer os dereitos das vítimas, deberá asegurarse **sen discriminación ningunha**, baseada en particular no sexo, o xénero, a raza, a cor, a lingua, a relixión, as opinións políticas ou calquera outra opinión, a orixe nacional ou social, a pertenza a unha minoría nacional, a fortuna, o nacemento, a orientación sexual, a identidade de xénero, a idade, o estado de saúde, a discapacidade, o estado civil, o estatuto de emigrante ou de refuxiado, ou calquera outra situación. (Art. 4.3. Énfase agregada)

15.3. Principios de atención/intervención coas vítimas

Tal e como sinala o Convenio de Istambul, os principios de atención deben dirixirse a garantir **os dereitos fundamentais** das vítimas e por iso deben basearse na aplicación transversal da perspectiva de xénero, a accesibilidade universal e a prevención da discriminación.

De acordo co establecido no *Catálogo de referencia de políticas e servizos en materia de violencia contra as mulleres conforme os estándares internacionais de dereitos humanos* aprobado pola Conferencia Sectorial de Igualdade (2022) (en diante, o Catálogo), as institucións e organismos «actuarán desde o respecto e o apoio ás decisións das vítimas, reforzando a súa autonomía e liberdade de decisión, autoestima, protexendo prioritariamente a súa seguridade e confidencialidade».

De acordo cos informes GREVIO sobre a aplicación do Convenio de Istambul (2020; 2022), as intervencións coas vítimas¹⁹² fundamentaranse:

- Na accesibilidade universal, nos dereitos e protección ás vítimas; na prevención da vitimización secundaria; na relación entre as vítimas; nos autores dos delitos, os nenos e nenas e a súa contorna social máis ampla; no apoderamento e independencia económica; e darán resposta ás necesidades específicas das persoas vulnerables, incluídos os fillos e fillas.
- Na oportunidade e adecuación da información (art. 19) en linguas accesibles.
- Na evolución temporal da demanda, diferenciando a curto e a medio prazo (art. 22) os servizos especializados.
- Na cooperación multiaxencia (art. 9), na que España debe mellorar incorporando as organizacións especializadas ao desenvolvemento de políticas (art. 19).

¹⁹² Véxase GREVIO (2022): Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline evaluation reports. Documento en liña.

Así mesmo, as observacións do Comité CDPD vinculadas aos DRS e ás recomendacións sobre violencia reprodutiva sobre mulleres novas e con discapacidade da UNFPA (2018) sinalan que deben terse en conta as seguintes directrices para a **implementación de programas**:

- Identificación eficaz das necesidades e derivacións requiridas.
- Servizos accesibles, de calidade, baseados en dereitos.
- Valoración da accesibilidade dos recursos (identificación de obstáculos, física, sensorial, cognitiva e económica).
- Vinculación cos recursos de saúde sexual e reprodutiva e de saúde, ademais dos de violencia.
- En canto á prestación dos servizos, débese incidir en:
 - Comprensión da violencia contra as mulleres con enfoque de xénero.
 - Apoios específicos para mulleres con discapacidade.
 - Apoios específicos de mediación intercultural.
 - Que se abarque xustiza e seguridade, servizos sociais de protección, rehabilitación e acompañamento, saúde psicolóxica, igualdade, e inclusión social, e DSR (información, produtos e servizos de anticoncepción; saúde materna e neonatal; educación e información sexuais integrais; información, probas e tratamento para infeccións de transmisión sexual, incluído o VIH).
 - Que se inclúan as mulleres en contornos institucionais (como é o caso de moitas mulleres con discapacidade).

Ademais, ao longo da investigación **as persoas informantes incidiron** en facer fincapé nos seguintes elementos (a maioría xa recollidos no Convenio de Istambul):

- Garantir a comprensión e a accesibilidade na comunicación.
- **Atender con pertinencia cultural** as mulleres xitanas e outras procedencias étnico-raciais, e mulleres de orixe estranxeira, con independencia da súa situación administrativa de estranxeiría e con especial vixilancia ás barreiras idiomáticas.
- **Escoitar e acompañar** no desaforo emocional da muller sobre a súa historia de violencia, os seus malestares, as súas emocións e os seus dós.
- Dar **credibilidade e esperanza** promovendo a resiliencia nas vítimas.

- Poñer no centro a **autodeterminación**; fuxir de actitudes paternalistas, proteccionistas ou da infantilización. Fomentar o apoderamento tanto individual coma colectivo, ambos os dous igual de importantes.
- Previr a revitimización ou **vitimización secundaria** por parte das institucións, debido á aplicación inadecuada de protocolos ou procedementos, actitudes inadecuadas ou falta de capacitación.
- Previr as vitimizacións futuras de VR e outras violencias.
- Promover a **participación e inclusión social**, un principio de actuación clave é o de facilitar o desenvolvemento de redes emocionais de apoio e asistencia.
- Mellorar a avaliación do risco e adaptar as medidas de protección.

15.4. Indicadores para facilitar a detección

É necesario **desenvolver indicadores especializados** que axuden á detección das violencias menos coñecidas. En función da produción de coñecemento experto e a elaboración de estudos, os indicadores mellorarán.

En relación coa anticoncepción forzada, a esterilización forzada e o aborto forzado, ademais de actuar mediante a escoita activa para identificar nos relatos das mulleres estas experiencias como unha forma de violencia contra as mulleres; sinaláronse algúns elementos de interese para a detección.

Deste xeito, ao longo do estudo identificáronse —de forma exploratoria— os seguintes **indicadores AEA** que hai que considerar:

- Ser muller con discapacidade intelectual ou do desenvolvemento.
- Ser muller con parálise cerebral.
- Ter pluridiscapacidade (por exemplo, xordocegueira).
- Ser adolescente ou muller nova con discapacidade.
- Ser muller con trastorno mental grave.
- Vivir institucionalizada.
- Ter un alto grao de dependencia e con grandes necesidades de apoio para realizar as actividades da vida diaria.
- Ser usuaria de comunicación aumentativa e alternativa ou doutro tipo.
- Estar suxeita a medidas de apoio segundo a Lei 8/2021, do 2 de xuño, pola que se reforma a lexislación civil e procesual para o apoio ás persoas

- con discapacidade no exercicio da súa capacidade xurídica (antes coñecido como incapacitación xudicial)
- Vivir coa familia sen autonomía, inactividade laboral, sen amizades ou fóra de redes asociativas ou de apoio.
 - Ter embarazos que non chegan a termo e proceder de diásporas orixinarias de países onde se realiza o aborto selectivo.
 - Ser muller xitana con dous ou máis fillos.
 - Ser un home transexual ao que se lle realizou unha cirurxía para a reatribución de xénero.
 - Ser vítima de violencia sexual; violencia de xénero ou explotación sexual ou laboral.
 - Muller en risco ou situación de exclusión social.
 - Síntomas que hai que considerar: mostrar moi baixa autoestima e autoconcepto, depresión, condutas disruptivas, cambios na psicofarmacoloxía, trastornos alimentarios, cambios corporais bruscos.
 - Menopausa anticipada ou precoz.
 - Ausencia de menstruación.
 - Ingresos hospitalarios ou intervencións cirúrxicas inespecíficas.

Véxanse tamén os exemplos proporcionados na análise das experiencias de atención ao AEAF (punto 6.3.2.1.). Así mesmo, deben considerarse as consecuencias do AEAF e da XS como indicadores de alerta (véxanse o punto 4.5. e o punto 8.2.2, respectivamente).

No caso da XS, as entidades e persoas expertas expoñen que as características das experiencias ás que puideron ser sometidas as mulleres xestantes serían similares ás das vítimas de trata ou explotación sexual. Neste sentido, sinalan algúns [indicadores de XS](#) aos que cabería prestar atención:

- Ser muller migrante e nova (< 35 anos) con fillos/as.
- Ser muller con baixo nivel socioeconómico —nivel de estudos baixo e desempregada ou en economía mergullada—.
- Ser muller con problemas psicolóxicos tales como a alienación ou a despersonalización.
- Ser muller cun expediente médico específico: embarazos previos,

- procesos de hormonación, determinadas probas...
- Ocultación do embarazo.
- Ter un embarazo que non tivo un seguimento médico adecuado.

Xunto co anterior, a detección poderíase facilitar mediante:

- Espazos específicos de escoita/grupos de mulleres baseados nun clima seguro e de confianza.
- Espazos de formación específica sobre sexualidade, afectividade, maternidade, SSR, DSR, VR, VCM; que dan pé a identificar por parte das profesionais situacións de abuso e de risco. De aí a necesidade e a importancia de que existan estes espazos, como espazos de detección de VR.
- Incluír pictogramas relacionados con estas VR e outras, nos sistemas aumentativos e alternativos de comunicación no caso de mulleres que se comunican mediante estes sistemas ou os utilizan como apoio á comunicación.
- Espazos de intervención psicosocial coas familias de mulleres con discapacidade.

En calquera caso, deberían activarse os protocolos dispoñibles ante o relato directo das mulleres, a expresión de sospeita doutros profesionais, a preocupación directa de persoas da contorna ou testemuñas (amizades, persoal voluntario, contorna laboral etc.), e a presenza de informes médicos.

É necesario mellorar os indicadores de detección dos denominados como [crimes en nome da «honra»](#). Cada tipoloxía varia en algo, en xeral, segundo a información recompilada:

- Certo illamento social e falta de redes socioafectivas fóra da familia.
- A vida da vítima —no seu día a día— ten varios trazos de control comunitario e familiar que lle impide desenvolver unha vida social, educativa ou profesional con normalidade.
- A violencia incrementa a escala das súas expresións (por exemplo, da restrición do movemento, a violencia verbal, o illamento etc.).
- Prodúcense ameazas sobre o traslado con outros familiares (ou a un terceiro país ou ao país orixinario).
- Ameazas de morte.

- Viaxes inminentes ou vacacións.

15.5. Garantir o acceso a recursos/servizos

Tal e como se sinalou no capítulo 4, destinado ás necesidades das mulleres vítimas de AEAF, os recursos destinados ás vítimas —**de calquera violencia**— deben distinguirse pola **integralidade e a universalidade** (punto 4.4.1.). No devandito punto explícase en que consiste a accesibilidade universal, que debe caracterizar a todo recurso público.

Ademais, tal e como se recolle no artigo 18.4 do Convenio de Istambul, o acceso aos recursos e a prestación de servizos **non dependerá da vontade das vítimas de emprender accións legais** nin de declarar contra o autor ou autores do delito.

Partindo de ambas as consideracións, as **recomendacións para facilitar o acceso aos recursos ou servizos** ás vítimas da VR apuntarían ás seguintes cuestións:

- Garantir a **accesibilidade e a individualización** dos apoios á comunicación específicos para as mulleres (segundo o seu tipo de discapacidade e as súas necesidades de apoio ou a súa procedencia). Por exemplo, vía correo electrónico, vía videochamada ou videochamada con chat incluído, así como as oficinas de atención virtuais. Poden ser claves para mulleres que viven en ámbitos rurais ou teñen problemas de mobilidade ou enfrontan situacións de illamento social. Tamén no caso das mulleres migrantes que presenten barreiras idiomáticas.
- Realizar campañas de difusión sobre os recursos existentes para as vítimas e sobre a VR en redes **sociais e en medios de comunicación**; preferiblemente contando coa participación das mulleres que representan os principais colectivos de afectadas.
- Potenciar a difusión en **redes asociativas de mulleres e de colectivos de mulleres** de especial vulnerabilidade ou de apoio a estes.
- **Potenciar a visibilidade** da información en recursos de saúde e emerxencia, farmacias e centros privados de atención sanitaria, educativos e de lecer e tempo libre.
- Realizar accións de sensibilización tanto con operadores **xurídicos, de protección internacional, contornos educativos e sanitarios**, sobre os recursos existentes para potenciar a detección e derivación.

15.6. Facilitar a acreditación das vítimas

Para o recoñecemento das vítimas e a súa acreditación, no caso das VR, debería de asimilarse o modelo ao das vítimas da violencia de xénero e outras tipoloxías; por exemplo, mediante un informe especializado dos servizos de igualdade ou dos servizos sociais, xunto coas referencias pertinentes aos informes sanitarios; ademais da denuncia policial.

En calquera caso, sinalouse que deben considerarse os seguintes aspectos:

- A denuncia non debería ser nunca un requisito imprescindible para o recoñecemento destas vítimas.
- O sistema xudicial non prevé medidas cautelares para as vítimas destas VR, polo que este elemento tampouco se pode ter en conta para a súa acreditación.
- Ademais do testemuño da propia vítima ante servizos especializados, poderíase achegar un informe xinecolóxico onde figure que á muller se lle practicou esterilización ou anticoncepción forzada e as consecuencias físicas e psicolóxicas que isto tivo na nela, xunto cun informe psicolóxico e/ou psiquiátrico complementario que evidencie o trauma derivado desta VR.
- Sería de interese valorar o ter acceso ao historial clínico das vítimas de esterilizacións para que se revise o procedemento por AEAF e se revise como se levou a cabo o consentimento informado da muller; tamén se hai garantías de que se respectou a súa decisión ou se detectan erros de procedemento ou consentimento viciado. Sería necesario implicar o Ministerio Fiscal.
- Podería estudarse a posibilidade de que as institucións ou familias que se arrependan de esterilizar as súas fillas, conscientes e motivadas de que é necesario atender a súa recuperación e reparación, poidan testificar (por exemplo, mediante declaración xurada ante notaría ou doutro xeito) para facilitar a acreditación.
- É necesario deseñar modelos —e testalos— para tratar de unificar os futuros informes dos servizos sociais municipais ou servizos de igualdade, para acreditar a condición de vítima de VR e vítima de CNH.
- Despenalizar as mulleres que actúan como nais xestantes e facilitar a súa identificación como vítimas de VR. Debido a que foron sometidas a explotación reprodutiva, como ocorre con calquera outra violencia, debe garantirse para elas a xustiza e reparación,

sendo especialmente importante neste caso que sexan tratadas como vítimas e non se equiparen lexislativamente con quen comete o delito¹⁹³.

15.7. Potenciar a integralidade e a coordinación

Todas as persoas informantes, así como os resultados de todas as enquisas, sinalaron que se require do **deseño de instrumentos ou protocolos especializados** en VR e CNH.

A creación do devandito protocolo de prevención, atención, acompañamento, recuperación e reparación para as vítimas debe ser de forma participada coas asociacións de mulleres que representan e atenden os grupos máis vulnerables á devandita violencia.

Do mesmo xeito, sinalouse a importancia de actualizar **os protocolos existentes** que atenden a outras violencias específicas para asegurar unha adecuada intervención sobre a dimensión reprodutiva noutro tipo de abusos: VS, VX, trata con fins de explotación sexual, matrimonios forzados, matrimonio infantil, MXF etc. (véxase o punto 3.4).

Xunto co anterior, e desde unha perspectiva de prevención da VR, considérase necesaria a creación doutros dous instrumentos. Por unha banda, un **protocolo institucional sobre anticoncepción respectuosa, consentida, accesible** para todas as mulleres. E por outra, a actualización dos procedementos de acceso á IVE para **mellorar a detección de abortos forzados** e garantir que a decisión é libre e informada sen interferencia de terceiros, sen afectar a ningún dereito e prestación do aborto para as mulleres¹⁹⁴.

Respecto destas ferramentas realizáronse algunhas propostas:

- Dirixírase a profesionais do **ámbito da SSR**, pero tamén da **atención primaria**.
- Debería prestarse especial atención ás **mulleres con discapacidade** pola maior prevalencia da VR entre elas e poñer no centro das actuacións o consentimento informado e acompañado para evitar esterilizacións non consentidas.
- Así mesmo, debería prestarse especial atención ás **mulleres migrantes en situación de vulnerabilidade económica** provenientes de países onde a XS é legal.
- Concienciar sobre a **anticoncepción forzada** por ser unha forma de VR máis sutil e menos percibida como tal, e relacionada co control da menstruación.

¹⁹³ En alusión ao artigo 221.1. do CP.

¹⁹⁴ Tal e como sinala a sentenza do Pleno do Tribunal Constitucional do 9 de maio de 2023 (véxase a epígrafe 3.2.)

- Para a prevención de **abortos selectivos**, lémbrese que todos os estados teñen a obrigaón de poñer en marcha medidas que prevexan os infanticidios femininos a través da selección prenatal de sexo e garantir que estas inxustizas sexan atendidas sen expoñer as mulleres ao risco de morte ou de feridas graves se se lles nega o acceso aos servizos requiridos, tales como abortos seguros dentro dun marco legal ou outros servizos de saúde (OMS, 2011).
- Proponse seguir as recomendacións da Declaración interaxencial das Nacións Unidas *Prevención da selección de sexo con nesgo de xénero* (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres e OMS, 2011), que entre outras cuestións incide en:
 - Implicar compromisos sobre o **uso ético das tecnoloxías** relevantes do diagnóstico prenatal a través das asociacións de profesionais da saúde.
 - Pola súa banda, a OMS (2011) insiste en que non se trata de demonizar as tecnoloxías médicas (como a amniocentese ou a ultrasonografía) porque non son a raíz do problema. A súa prohibición pode ser ineficaz e mesmo prexudicial para a saúde das mulleres. Só deben regularse para o seu bo uso por parte de profesionais coa cualificación adecuada.
 - Dar a coñecer os **dereitos das mulleres** e das nenas, fomentar e aplicar **medidas de acción positiva** para mellorar a súa situación.
 - Apoiar a promoción e actividades de sensibilización, como campañas para xerar conciencia social, que estimulen a discusión e o debate co fin de fortalecer e ampliar os consensos sobre o concepto de igualdade de valor entre nenas e nenos.

Ademais dos protocolos anteriores, algunhas das propostas que se recolleron na análise das entrevistas para favorecer a integralidade da atención e a coordinación son:

- Requírese involucrar as **empresas privadas** prestadoras de servizos en materia de atención ás discapacidades e de servizos de saúde sexual e reprodutiva.
- Hai que reforzar os espazos de coordinación xa existentes para outras violencias en materia de saúde incorporando novas áreas.
- É necesario dar cabida a novos **perfís profesionais** nas mesas e espazos de loita contra a VCM.
- As estratexias máis facilitadoras do **apoderamento individual** son aquelas que traballan a autoestima, habilidades sociais e inquietudes persoais xunto coa conciencia

feminista. As mulleres son vítimas de violencia por seren mulleres. Neste sentido, o apoderamento colectivo é unha condición para que o individual sexa sustentable e preveña futuras vitimizacións.

- O **apoderamento colectivo**, en grupos de mulleres, resulta moi positivo para as vítimas, non soamente como espazos terapéuticos senón como espazos de encontro, participación activa, autorrepresentación e liderado, ao compartir con outras mulleres o que lles pasou e saber que outras mulleres tamén sufriron VR.
- Debe traballarse en todos os protocolos por crear **redes sociais de apoio** para as vítimas sostibles e duradeiras
- No caso das mulleres con discapacidade, e máis en particular MDID, é imprescindible saír do ámbito privado, familiar e doméstico.
- As redes sociais de apoio requiren **formulacións a medio e longo prazo**. Constrúense con base na confianza mutua e o intercambio en actividades, actividades que teñen un custo e requiren un orzamento. Son vínculos emocionais que non se poden forzar e requiren moito tempo e de recursos profesionais de dinamización e coidado dos espazos.

15.8. Contar con recursos humanos e materiais suficientes

15.8.1. Perfís profesionais

Os equipos multidisciplinares son clave para a atención das vítimas de violencias *pouco coñecidas*. As recomendacións ao respecto apuntan aos seguintes **perfís profesionais**:

- Profesionais da **atención/intervención**: psicólogas¹⁹⁵, traballadoras sociais, avogadas, educadoras sociais.
- Profesionais que aseguren a accesibilidade na **comunicación e a súa comprensión** cognitiva: profesional facilitador, intérprete de lingua de signos, mediadora comunicativa, logopeda e mediadora ou intérprete cultural (preferiblemente antropólogas).

¹⁹⁵ Sinalouse, no caso da atención a mulleres xordas, que sería preferible que a psicóloga fose xorda.

- Iso inclúe as figuras **profesionais de apoio** para mulleres con discapacidade, asistentes persoais¹⁹⁶, con formación en violencia de xénero. Por exemplo, no caso de que unha vítima con parálise cerebral ou unha gran dependencia teña que saír da súa vivenda, precisa de asistencia persoal.
- As persoas facilitadoras deben estar tamén presentes no acceso á xustiza e para as adaptacións necesarias durante o proceso policial e xudicial e non soamente no sociosanitario.
- Con respecto á VR, profesionais da **atención primaria sanitaria e saúde sexual e reprodutiva**: matronas, sexólogas, xinecólogas, enfermeiras.

En canto á consideración de se na atención social integral as figuras profesionais deben ser **mulleres ou homes**, hai ambivalencias e diversidade de opinións.

Con todo, sinalouse unanimemente a importancia de dispoñer sempre de figuras femininas, sobre todo nos primeiros pasos do proceso de acollida e nas primeiras fases da intervención. Hai unha constatación —polo menos en VR— de que, en xeral, as mulleres vítimas senten máis confianza e se vinculan mellor se a profesional é unha muller.

Considérase imprescindible aumentar o orzamento dos programas de VCM e dotar de recursos a atención a mulleres vítimas de VR, sobre todo para lle dar estabilidade laboral ao persoal, ampliálo e garantir a continuidade á atención.

15.8.2. Formación e capacitación continua

Con respecto á formación que deberían ter os e as profesionais, é a que se propón a continuación:

- Formación en perspectiva de xénero interseccional.
- Marco institucional que existe sobre a VCM.
- Normativa nacional e internacional vixente sobre os crimes en nome da honra.

¹⁹⁶ A asistencia persoal refírese ao apoio humano que se presta mediante relación laboral a unha persoa con discapacidade (usuaria) co fin de que poida desenvolver unha vida independente. É a usuaria quen determina o modo e os momentos nos que se desenvolverá o servizo.

- Normativa nacional e internacional sobre DSR e violencia reprodutiva, incluída a xestación por substitución.
- Nocións básicas sobre sexualidade, saúde sexual e reprodutiva e dereitos sexuais e reprodutivos.
- Situación dos DSR das mulleres e, en especial, das mulleres con discapacidade, mulleres xitanas, mulleres procedentes de diásporas con prevalencia de prácticas nocivas, migrantes, refuxiadas e mulleres novas.
- Formación en discapacidade e violencia contra as mulleres con discapacidade.
- Formación sobre explotación reprodutiva: particularmente sobre como funciona a industria da XS desde unha perspectiva feminista e do enfoque dos dereitos humanos.
- Coñecementos sobre os aspectos xurídicos, bioéticos, de saúde e sociais que implica a XS.
- Trato adecuado e pautas de atención a mulleres e nenas con discapacidade, segundo tipoloxía de discapacidade.
- Sistemas aumentativos e alternativos de comunicación e a súa individualización.
- Perfil das mulleres vítimas de VR, necesidades e consecuencias.
- Perfil das mulleres vítimas de crimes de honra, necesidades e consecuencias.
- Funcionamento dos recursos especializados e oferta de atención.
- Criterios de intervención psicosocial, en saúde e seguridade sobre VCM e, en particular:
 - Tratamento do trauma e do dó.
 - Formación sobre resiliencia, entendida como a maneira de poder reconstruír despois dunha situación non desexada e traumática.
 - Prevención e sensibilización sobre novas vitimizacións.
 - Posibles medidas de reparación.

15.8.3. Infraestruturas de atención

En canto ás infraestruturas que son necesarias para a intervención, estas consideráronse desde as actuacións dos servizos especializados en materia de igualdade e contra a VCM. Tanto nas enquisas como nas entrevistas sinaláronse as seguintes recomendacións:

- Non é tan importante que haxa uns «despachos» de atención; polo xeral as EELL e as organizacións dispoñen de infraestruturas limitadas e pouco orzamento para a súa adaptación. A importancia está na **flexibilidade na atención e mobilidade**, é dicir, que o equipo de atención do recurso ou servizo se achegue ás vítimas e non ao revés.
- **Espazos cun mínimo de requisitos:** íntimo e amigable para acoller as mulleres vítimas, nun clima seguro e de confianza.
- Debe haber espazos adecuados para a atención á infancia.
- Espazos virtuais e **aplicacións (apps) innovadoras**, que permitan mellorar a accesibilidade dos recursos e para a comunicación das mulleres con discapacidade ou outras necesidades comunicativas.
- **Accesibilidade universal** a todos os recursos (físicos e virtuais, presenciais ou non), servizos e programas especializados en atención a mulleres vítimas de calquera tipo de violencia.

15.9. Reparar as vítimas

A reparación das vítimas fai referencia á restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción e garantías de non repetición¹⁹⁷. A este respecto, realizáronse unha serie de recomendacións que se recollen a continuación:

Respecto da violencia reprodutiva: AEAF

- Considérase moi positiva a indemnización ás vítimas, como ocorreu noutros países, como é o caso de Suecia nos casos de esterilización a mulleres con discapacidade ou da República Checa no caso das mulleres xitanas esterilizadas.
- No ámbito institucional, o ámbito xudicial e sanitario consideraron importante a **realización de circulares** que recoñezan estas VR masivas, que se levaron a cabo sobre

¹⁹⁷ Véxase, por exemplo, Xordo Ruz (2021), onde se explican os devanditos termos de forma detida.

todo contra MDID. Tamén que se valore unha acción máis visible por parte da **Fiscalía Xeral do Estado** e as súas áreas especializadas (violencia sobre a muller, persoas con discapacidade e maiores, delitos de odio e discriminación).

- Realizar actuacións de reparación **simbólica**, como conmemoracións e homenaxes ás vítimas da VR.
- Implantar medidas de garantía **de non repetición**, que acompañen o cambio lexislativo con respecto ás esterilizacións de mulleres con discapacidade. Por exemplo, axustando o procedemento de consentimento informado para que non haxa posibilidade de vicialo como pode estar a ocorrer (segundo os resultados do traballo de campo) e destinar os recursos para que se garanta que se leva a cabo de maneira accesible e cos apoios á comunicación necesarios.
- Posibilidade de levar a cabo **pequenos actos reparadores** nos plans de intervención individualizados, por exemplo, o dunha familia arrepentida de esterilizar a súa filla con discapacidade no pasado.
- Considerar a **responsabilidade civil de profesionais** con implicación, especialmente do ámbito sanitario, que, pola decisión da familia e sen o debido consentimento informado, practicaron unha esterilización ou un aborto coercitivo (nas súas diferentes modalidades).
- Promover as desculpas públicas institucionais (por exemplo, de colexios profesionais médicos ou de traballo social) que inclúan o recoñecemento dos feitos e a aceptación moral de responsabilidades das actuacións do pasado.
- Incidir na dimensión da rehabilitación da vítima, priorizando a atención á **saúde mental**.
- Traballar no ámbito psicolóxico o trauma, o dó e o impacto da VR na saúde psíquica e emocional.
- Facilitar o dereito á indignación e ao enfado. Moitas vítimas toman conciencia da VR cando pasou bastante tempo. No caso das mulleres con discapacidade, as vítimas son conscientes de que, en xeral, foron as súas familias as que exerceron esta VR, pero tamén profesionais das propias entidades da discapacidade ás que asisten como usuarias. Neste sentido, sublíñase a importancia de que poidan expresar o seu enfado e malestar como parte do seu proceso de reparación.

- Rehabilitar o desexo e o dereito ao pracer, sobre todo en mulleres esterilizadas, que non cambia o feito de que poidan vivir a súa sexualidade dunha maneira plena e satisfactoria.

Ademais disto, no caso particular da XS, **as recomendacións** tamén sinalan:

- Tratar psicoloxicamente o trauma e o dó experimentado pola separación do bebé.
- Traballar sobre o sentimento de culpa que presentan algunhas vítimas pola entrega do bebé.
- Establecer medidas internacionais que permitan, no caso de que as nais xestantes queiran recuperar os seus fillos, a restitución das maternidades e as filiacións dos bebés.

Respecto dos denominados crimes en nome «da honra»

- Estudar os fondos de compensación e recuperación que se propoñen desde o modelo sueco, sustentados en parte das penas impostas aos agresores.
- Establecer un día nacional de conmemoración para as vítimas.
- Atender ás consecuencias na SSR das violencias.
- Facilitar o cambio de identidade para a protección das vítimas, incluso o traslado a outro país seguro da UE sen vínculos familiares de risco para as afectadas.

15.10. Potenciar o papel das asociacións e o movemento feminista

En canto ao papel das asociacións de mulleres, o movemento feminista e outras organizacións da sociedade civil, as propostas que se formularon son bastante unánimes para o conxunto das violencias estudadas, tanto para o AEAF e a XS como VR, como para os CNH.

As recomendacións diríxense fundamentalmente ao **traballo coordinado e conxunto** coas administracións públicas e entre as propias organizacións. Trátase das seguintes:

- Fortalecer a gobernanza participada das políticas de loita CVM.
- Facilitar a participación das asociacións e os movementos feministas nos espazos institucionais xa existentes (ou os que se van crear), por exemplo, mesas locais de coordinación, grupos de traballo etc.
- Colaborar para a produción de coñecemento e o rexistro e identificación de casos de violencia.

- Favorecer campañas conxuntas de sensibilización.
- Actuar conxuntamente para a difusión dos recursos dispoñibles.
- Colaborar con asociacións específicas de mulleres que son vítimas de VR e dos CNH e as súas redes asociativas de apoio.
- Establecer sinerxías e alianzas para aumentar a incidencia política en relación coas violencias machistas menos coñecidas.
- Organizar foros, encontros e xornadas de maneira conxunta para sensibilizar a sociedade.
- Favorecer a accesibilidade e a interseccionalidade no deseño das súas actividades, programas, actividades ou recursos.
- Incluír nos seus discursos, campañas e manifestos a visibilidade da VR e dos CNH e contar coa representación de mulleres vítimas nas devanditas accións.
- Traballar conxuntamente en visibilizar as violencias menos coñecidas nas efemérides, como, por exemplo, 8 de marzo-Día Internacional da Muller Traballadora, 25 de novembro-Día Internacional pola Eliminación da Violencia contra as mulleres, 14 de febreiro-Día Europeo da Saúde Sexual, 4 de setembro-Día Mundial da Saúde Sexual, 3 de decembro-Día dos Dereitos das Persoas con Discapacidade, 8 de abril-Día Internacional do Pobo Xitano, 20 xuño-Día Mundial dos Refuxiados etc.

15.11. Previr e sensibilizar

As propostas dirixíronse cara a tres grupos públicos diferenciados: as mulleres vítimas, os axentes institucionais e outros actores de acción, e a sociedade local en xeral.

En todas elas subliñouse a necesidade de poñer no centro das actuacións as mulleres vítimas destas violencias:

- Favorecer que nas accións de sensibilización **as referentes e as protagonistas sexan as propias mulleres**; que visibilicen os seus dereitos fundamentais e os seus dereitos reprodutivos, contribuíndo a dar unha imaxe positiva delas que permita romper os mitos existentes no imaxinario social.

Sobre a sensibilización e a prevención da VR **dirixida ás mulleres vítimas** sinaláronse as seguintes consideracións:

- Desenvolver **materiais informativos** específicos.
- Elaborar materiais con SAAC para diferentes sensibilidades culturais e discapacidades.
- Innovar en formatos dixitais e de RRSS.
- Elaborar e difundir guías, folletos, carteis sobre VR en diferentes formatos accesibles para todas as mulleres (lectura fácil, pictogramas, braille, vídeo interpretación, idiomas múltiples...) dirixidos a facilitar información ás mulleres sobre a VR (que é, como detectala, onde pedir axuda, dereitos etc.).
- Garantir a accesibilidade universal de todas as campañas.
- Facer **partícipes as vítimas reais** durante as campañas, mostrando a súa diversidade para que outras mulleres poidan identificarse, xa que, se non están presentes nas accións de prevención, dificilmente chegarían á intervención.
- Promover **grupos de mulleres**, de formación e acompañamento profesional, para o coñecemento dos seus dereitos, a VCM, os DSR, a VR, as prácticas nocivas e os CNH.
- Desenvolver programas de formación de formadoras ou grupos de promotoras de **dereitos** das mulleres, DSR ou similares **entre pares**.
- Fomentar a **educación sexual e afectivo-sexual** desde a infancia e durante a etapa adulta.
- Traballar coas familias das mulleres con discapacidade vítimas de AEAF sobre os seus DSR.
- Traballar **coas comunidades e desde as comunidades** culturais das vítimas onde persisten prácticas nocivas contra as mulleres, sobre DSR e especificamente sobre prácticas de control e opresión asociadas á VBH.

Convén ter presente, respecto do último punto, o sinalado pola CEDAW (2014), Recomendación xeral núm. 31 do Comité e Observación xeral núm. 18 do Comité dos Dereitos do Neno «sobre as prácticas nocivas», respecto **dos retos da sensibilización coas e nas comunidades onde hai prevalencia de CNH:**

Un reto subxacente que se debe afrontar é a posible percepción de que as prácticas nocivas teñen efectos beneficiosos para a vítima e os membros da súa familia e comunidade. En consecuencia, calquera enfoque que se centre unicamente en cambiar condutas individuais ten considerables limitacións. Así e todo, necesítase un enfoque colectivo ou comunitario de base ampla e holístico. As intervencións respectuosas das particularidades culturais e que reforzan os

dereitos humanos e lles permiten ás comunidades practicantes explorar e acordar colectivamente maneiras alternativas de materializar os seus valores e a súa honra ou celebrar as súas tradicións sen causar dano nin vulnerar os dereitos humanos das mulleres e dos nenos poden levar á eliminación sustentable e a grande escala das prácticas nocivas e a adopción colectiva de novas normas sociais. As manifestacións públicas dun compromiso colectivo coas prácticas alternativas poden fortalecer a súa sustentabilidade a longo prazo. A este respecto, resulta crucial a participación activa dos dirixentes comunitarios (parágrafo 59).

Respecto **dos axentes institucionais**, recolléronse estas recomendacións:

- **Visibilizar a VR** como un tipo de VCM en todos os foros posibles, dando a coñecer as súas consecuencias e a interrelación con outras violencias.
- Accións dirixidas a persoal **político e a axentes e profesionais**: do ámbito da saúde, SSR, estudantes de disciplinas de ciencias da saúde e de ciencias sociais, operadores xurídicos e FCSE, profesionais de recursos de atención a mulleres vítimas de violencia de xénero.
- A modificación do artigo 156 do Código penal pola que en 2020 entra en vigor a ilegalización da esterilización coa aprobación da Lei orgánica 2/2020, do 16 de decembro, de modificación do Código penal para a erradicación da esterilización forzada ou non consentida, é aínda recente e descoñecida, e non chegou a outros axentes máis aló do movemento da discapacidade. Isto indica a necesidade urxente de difundir, **formar e sensibilizar** a diferentes axentes para que non quede nun mero cambio formal e transcenda ao efectivo.
- Sensibilizar os profesionais dos recursos, servizos e programas **de atención específica a persoas con discapacidade**, que descoñecen as consecuencias reais destas VR e a vulneración de dereitos que implica. No pasado, moitas e moitos destes profesionais puideron ser *cómplices* por ignorancia, aconsellándolles ás familias este tipo de prácticas forzadas.
- Organizacións e asociacións: elaborar **posicionamentos internos** de sexualidade, protocolos de intimidade e privacidade, así como protocolos de prevención de violencias dentro das entidades e recursos de atención (sobre todo, con persoas con discapacidade e grupos que teñan que residir ou permanecer en recursos institucionais).

- **Elaboración** e difusión de materiais: guías, folletos con recomendacións, manuais de boas prácticas, plataformas, aplicacións etc., así como dar a coñecer institucións, organizacións e EELL de referencia en materia de atención á VR e aos CNH.

Finalmente, **en relación coa sensibilización social** e, en concreto, coa sociedade local, propóñense as seguintes actuacións de sensibilización comunitaria:

- Potenciar a visibilidade das asociacións locais de mulleres e do movemento feminista, que alertan e conciencian sobre estas violencias.
- Aproveitar as efemérides e actos de conmemoración para dedicalos periodicamente á VR ou incluír a VR e os CNH nas temáticas de concienciación; tanto en medios de comunicación como en RRSS.
- Traballar con provedores locais de servizos sanitarios e de coidados para dar a coñecer as tipoloxías de violencia reprodutiva e os protocolos para a súa detección, denuncia e intervención; entre eles as farmacias.
- Incluír nas mesas locais sobre VCM grupos de traballo específicos sobre VR e CNH.
- Sensibilizar as comunidades cun traballo de creación de liderados de cambio como prescritores ou figuras de respecto dentro da comunidade para erradicar as prácticas nocivas, o control comunitario sobre as mulleres e os estereotipos de xénero baseados nunha noción das mulleres como inferiores.

16. Recomendacións en relación con ATENPRO

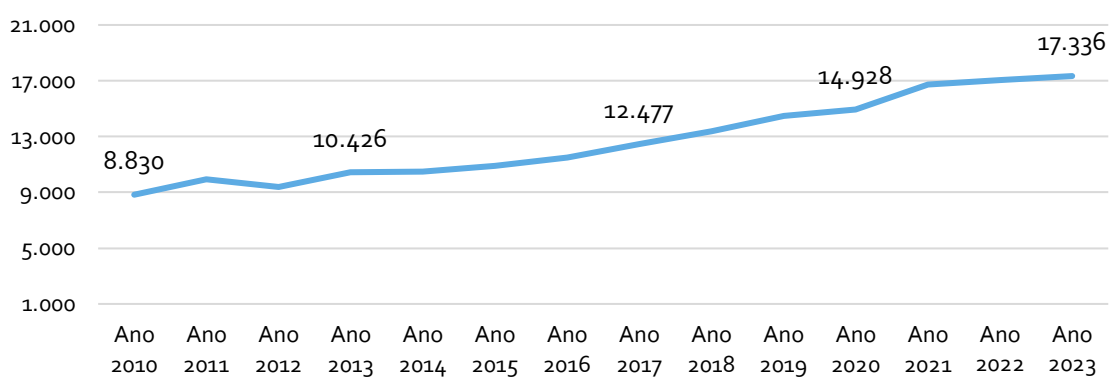
16.1. Introducción ao servizo

A Federación Española de Municipios e Provincias (FEMP) é a asociación de entidades locais de ámbito estatal con maior implantación¹⁹⁸. Entre os seus fins e obxectivos estatutarios atópase a sensibilización sobre a situación das mulleres no ámbito da Administración local. A FEMP é considerada «un instrumento de utilidade pública indubitada para completar a atención e protección das vítimas de violencia contra a muller»¹⁹⁹.

A FEMP é, desde o ano 2004, responsable da xestión do Servizo Telefónico de Atención e Protección ás Vítimas da Violencia de Xénero (ATENPRO) que, coa actualización do protocolo de actuación en xullo de 2023, pasou a denominarse como **Servizo Telefónico de Atención e Protección para Vítimas de Violencia contra as Mulleres** (ATENPRO). A súa titularidade recae no Ministerio de Igualdade (DGVX).

O día 31/05/2023 había un total de 17 336 **usuarias activas** no servizo (DGVX, 2023). Desde a súa posta en marcha, a demanda incrementouse sen parar. No gráfico inferior pode verse a evolución de número de persoas beneficiarias.

Gráfico 13. ATENPRO: evolución temporal do número de usuarias en activo (2010-2023)



Fonte: DGVX-FEMP (2023). Portal estatístico DGVX actualizado o 29/06/2023

¹⁹⁸ Alcanza a máis do 95% da poboación española nos máis de 7239 municipios, 39 deputacións e 10 consellos e cabidos insulares que agrupa (véxase o Real decreto 1042/2021, do 23 de novembro).

¹⁹⁹ Tal e como recoñece o Real decreto 1042/2021, do 23 de novembro.

Xunto con ATENPRO, a FEMP proporciónalles outros **servizos ás EELL para fortalecer a acción local contra a violencia machista**. Entre as devanditas actuacións destaca:

- a súa participación na implementación do PECVX,
- a elaboración de guías e materiais,
- a plataforma de formación para as EELL,
- a difusión de actividades, xornadas e outras actuacións,
- a participación en redes internacionais de gobernos locais.

ATENPRO é un **recurso clave dentro do proceso de recuperación integral** das VVCM. Desta forma, os seus **obxectivos específicos** son:

- a) Proporcionarlles atención, seguridade e tranquilidade ás persoas usuarias do servizo e, por extensión, ao seu círculo de persoas achegadas, ofrecéndolles información e asesoramento e garantíndolles a comunicación interpersoal con profesionais especializados 24 horas, os 365 días do ano.
- b) Potenciar a autoestima e a calidade de vida das persoas usuarias, contribuíndo a crear unha rede social de apoio na súa contorna habitual e animándoas a que manteñan, con plena seguridade, contacto co ámbito familiar e social non agresor.
- c) Garantir unha atención inmediata e adecuada ante situacións de emerxencia, proporcionando seguridade e mobilizando os recursos oportunos.
- d) Realizar un seguimento activo a través do contacto periódico co centro de atención.

As súas características son as seguintes:

- A alta no servizo **tramítase a través dos servizos sociais ou servizos de igualdade** locais (que lles correspondan por lugar de residencia ás VVCM).
- O **centro de atención** é xestionado por unha ONG, actualmente Cruz Vermella Española.
- O servizo proporciónalles seguridade e tranquilidade ás vítimas e ofrécelles apoio, información e asesoramento mediante unha **comunicación interpersoal** ante calquera necesidade relacionada coa súa situación de violencia de xénero, as 24 horas do día os 365 días do ano.

- O servizo non se limita a atender as demandas ocasionais das usuarias, senón que tamén inclúe **actuacións programadas de carácter preventivo** dentro dun sistema individualizado de seguimento
- Baséase na utilización de **tecnoloxías de comunicación** telefónica móbil e de telelocalización e conta con módulo de teleasistencia a persoas xordas (SOTA).
- O dispositivo que levan as vítimas é similar a un teléfono móbil; ten notificacións acústicas, luminosas, gráficas e vibración (personalizables). Pode activarse a alarma mediante un botón físico (botón lateral de fácil acceso). Dispón de botóns adecuados en tamaño, contraste e combinación de cores, así como dun deseño de menús adaptado, simplificado e personalizable.

No seu contexto de aplicación e, sobre todo, tras a entrada en vigor do Convenio de Istambul, ATENPRO **requiría ser actualizado**. Os fondos e impulso para iso obtivéronse grazas ao Real decreto 1042/2021, do 23 de novembro, polo que se regula a concesión directa dunha subvención á FEMP para a modernización e ampliación dos dispositivos de atención e protección ás vítimas de violencia machista no marco do PRTR financiado pola Unión Europea-NextGenerationEU (modificado polo Real decreto 194/2023, do 21 de marzo).

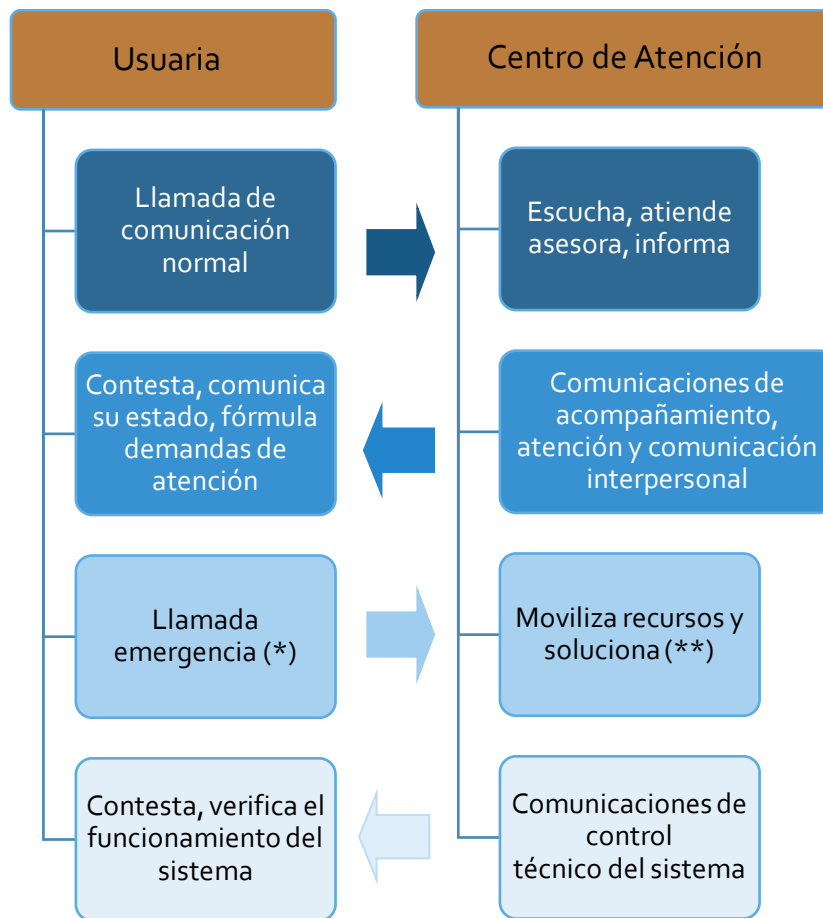
- Na *exposición de motivos* do Real decreto 1042/2021 sinálase, ademais do aumento progresivo da demanda de acceso ao servizo, a necesidade de avanzar na modernización e dixitalización e de dar resposta a todas as formas de VCM tal e como exige o Convenio de Istambul. Como xa explicamos na introdución deste informe, esta é unha das razóns polas que se orixina esta mesma investigación.
- Esta modernización forma parte do **Plan España protéxete contra a violencia machista** que conforma o investimento 4 do compoñente 22 do PRTR, que prevé entre as súas medidas estender e facer accesibles os servizos de atención integral a todas as potenciais vítimas, así como minimizar a fenda dixital que afecta ao actual servizo.
- **O investimento comprende** a mellora dos requisitos técnicos dos dispositivos telefónicos, ampliar a súa cobertura, reducir o seu tamaño e peso, aumentar o tempo de duración das baterías para dar máis autonomía e incluír novas funcionalidades que melloren a súa accesibilidade a persoas con discapacidade auditiva ou da fala e con baixa visión.

- Ademais, entre as **actuacións previstas** atópanse botóns de alarma externos ao terminal accesibles a mulleres con mobilidade reducida, alerta automática de inactividade no terminal móbil, reloxos intelixentes (smartwatch), unha canle de comunicación co centro de control vía chat, unha web do servizo, a creación dunha aplicación informática que incorpore toda a información sobre as usuarias e as EELL, e unha valoración sobre a análise *big data* do servizo.

Como parte deste proceso, **actualizouse o protocolo de actuación do servizo** en xullo de 2023, que cambia a súa referencia de «víctimas da violencia de xénero» a «víctimas da violencia contra as mulleres».

- **O protocolo** é o instrumento que contén os procedementos de funcionamento de ATENPRO para todos os actores involucrados. Abarca:
- A descrición do servizo e os seus obxectivos; os tipos de alta (ordinarias e extraordinarias); os requisitos de acceso; a relación na xestión dos servizos sociais, por unha banda, e a entidade prestadora do servizo, por outra; a súa duración, os procedementos de baixa; a información que se proporcionan as persoas usuarias; a acción ante o cambio do municipio das usuarias; a descrición da operativa do servizo; o seguimento do caso por parte dos centros de servizos sociais e as comunicacións ás comunidades autónomas e as cidades de Ceuta e Melilla
- Comprende varios anexos: sobre as normas de funcionamento (I), os procedementos para a tramitación de solicitudes de altas (II), os procedementos para a valoración da continuidade (III), o procedemento de baixa (IV), os modelos para as solicitudes, que comprenden diferentes fichas (V) e a solicitude de adhesión das EELL a ATENPRO (VI).
- O **esquema de funcionamento** básico resúmese na seguinte ilustración:

Ilustración 10. Esquema de funcionamiento de ATENPRO (xullo 2023)



Fonte: Ministerio de Igualdade-FEMP (2023)

Nota: (*) Chamadas de emerxencia: (1) atención psicosocial; (2) prealarmas pola proximidade do agresor ou porque existe unha situación potencialmente perigosa; (3) alarma por agresión.

(**) Nivel 1: resposta verbal; Nivel 2: mobilización de recursos segundo o establecido coas EELL (asistencia sanitaria, centro de crise, Policía local, servizo de emerxencia 112, Policía nacional, Garda Civil, policías autonómicas ou outros.); Nivel 3: traslado da persoa usuaria a un centro especializado.

16.2. Valoracións e propostas

Ao longo do traballo de campo, a través das enquisas, as consultas a expertas e o estudo de prácticas de atención, valoráronse desde diferentes perspectivas as características principais de ATENPRO. A partir da información achegada, fórmulanse as seguintes propostas, moitas das cales son suxeridas directamente polas EELL e organizacións participantes no estudo. Trátase das seguintes:

16.3. Funcionamento e operativa do servizo

Os [requisitos de acceso ao servizo](#) necesitan certa flexibilidade, dado que as vítimas da VR e dos CNH teñen —polo momento— dificultades para seren recoñecidas como VVCM. Como xa se explicou ao longo da investigación, son violencias ante as que non se tende a recorrer ao sistema xudicial e policial; polo que as vítimas carecen na súa gran maioría de denuncia ou de sentenza condenatoria para os seus agresores. Ao mesmo tempo, non existe en España a práctica de realizar informes que sirvan como acreditacións administrativas para estas violencias e, polo tanto, non contan con títulos habilitantes.

Sempre que estas formas de violencia sexan recoñecidas nos servizos locais de atención á VCM e nos servizos sociais, isto facilitará as altas ordinarias (véxanse as recomendacións sobre o marco institucional realizadas no capítulo anterior).

A posibilidade de que, con carácter excepcional, a DGVX poida considerar determinadas altas como extraordinarias, pode favorecer o acceso destas vítimas ao servizo.

En canto aos [requisitos de acceso](#) que se consideran actualmente no protocolo de actuación, tamén existen dificultades; ademais da falta de título habilitante, existirían dúas barreiras. Por unha banda, «non ter convivencia co agresor», no caso destas violencias non ten por que tratarse dunha única persoa, senón, por exemplo, dun contorno familiar ou institucional (se se está nun recurso de coidado) para as mulleres con discapacidade, ou dun contorno comunitario para as vítimas de CNH.

Tras sufrir a VR, as mulleres vítimas con discapacidade seguen vivindo coa familia, que foi a que exerceu esa violencia. As mulleres teñen escasas oportunidades de saír do contorno familiar por diferentes razóns: dependen da familia economicamente e dos seus coidados, constitúe a súa rede de apoio principal e existe un vínculo afectivo. Aquelas que viven en contornos residenciais dependen dos profesionais que foron perpetradores. A xestión de alternativas accesibles de vivenda pode levar moito tempo. A XS non se trata dunha forma de violencia en parella, senón dunha forma de explotación reprodutiva exercida por persoas descoñecidas ou, nalgúns casos, persoas comunitarias.

Doutra banda, «participar en programas de atención e recuperación integral especializados» pode ser difícil para estas vítimas, porque en xeral non están implementados ou, se existen, non son sempre accesibles para elas por diversos motivos. Non obstante, si poden estar a tomar

parte doutros servizos de loita ou atención ás vítimas de VCM máis xeneralistas ou tratamentos de saúde destinados á súa recuperación.

Non se identificaron barreiras para acceder ao servizo mediante altas extraordinarias.

En canto ás **normas do servizo**, poida que se requira flexibilidade ao respecto. Por exemplo, unha muller con trastorno mental grave é posible que presente condutas disruptivas dalgún tipo que a leve ao incumprimento das normas. No referente á **verificación do funcionamento** do terminal, esta debe estar adaptada ás distintas discapacidades.

As características destas violencias impactan en diversos aspectos na **xestión** por parte dos servizos sociais ou de igualdade e na entidade prestadora tal e como prevé o protocolo de actuación no seu formato actual. As propostas diríxense aos seguintes aspectos:

- Para empezar, será necesario **incrementar ou reforzar os recursos especializados** e as áreas de atención, polo menos aos de SSR, atención ás discapacidades, mediación e interpretación cultural e protección internacional e inclusión social. Ademais, teñen un impacto na **operativa do servizo**.
- Considérase que poden existir barreiras en relación coa **comunicación coas usuarias** desde a mesma información básica sobre o servizo ata o conxunto de comunicacións que o desenvolven (chamadas e interaccións co centro de atención). Isto é debido aos criterios xa comentados ao longo da investigación sobre a accesibilidade universal e a adaptación cultural que requiren os principais perfís de vítimas de VR e CNH (véxanse as recomendacións en relación cos principios de atención e o acceso aos recursos).
- Respecto da **información das persoas usuarias**, considérase imprescindible desenvolver materiais con pictogramas que favorezan a comprensión intercultural e abarquen as necesidades das MDID, así como as e os menores de idade. Iso implicaría tamén a tradución a diferentes idiomas, incluídos os pouco frecuentes de minorías étnicas dentro dalgúns nacionalidades nas que persisten prácticas nocivas e que non son as linguas maioritarias da poboación estranxeira en España.
- A **frecuencia do contacto** no seguimento e as súas características para cumprir unha verdadeira función preventiva deberían adaptarse e individualizarse. Deben preverse os apoios comunicativos.
- Valorouse moi positivamente que ATENPRO teña unha **prórroga sucesiva** na súa prestación que, con carácter xeral, alcance un máximo de 10 anos, precisamente

porque as violencias menos coñecidas se caracterizan por ter consecuencias a longo prazo.

- Respecto das **baixas en ATENPRO**, tamén se considerou que son necesarias certas adaptacións con respecto á noción de «incumprimento reiterado».
- A maioría das entrevistadas pon o acento no caso de mulleres con discapacidade vítimas de VR no que hai que asegurar que a baixa voluntaria é decisión da muller e non existe manipulación por parte da familia ou do contorno. Tamén no caso das vítimas de XS debe asegurarse que a decisión estea libre de presións externas.
- No caso das **esterilizacións e dos abortos coercitivos**, son violencias irreversibles, polo que, para dar de baixa a muller do servizo por resolución da situación, se deberían considerar aspectos clave como en que medida atoparon unha rede de apoio na que reverter ese malestar ou se superaron o dó de todo este proceso.
- No caso das vítimas de CNH e as vítimas de XS, é posible, dados os seus perfís, a súa **movilidade internacional**, polo que sería de interese prever convenios de colaboración con servizos similares noutros países para proporcionarlles a maior seguridade e dar continuidade aos seus procesos de recuperación.
- Respecto dos procedementos de atención **ante as emerxencias**, existe a dificultade de ter aínda pouco coñecemento sobre cal é a tipoloxía de situacións de crises que poden afrontar as vítimas da VR e dos CNH. A primeira proposta, polo tanto, é xerar un coñecemento máis especializado respecto desta cuestión e, sobre todo, flexibilizar coa práctica mesma da atención sobre os procedementos na práctica, polo que sería de interese establecer no seguimento de ATENPRO un grupo de traballo específico ao respecto.
- En principio, a valoración xeral das chamadas de emerxencia e os niveis de respostas que están previstos no servizo é positiva (véxase a ilustración 8). Non obstante, convén insistir en que as distintas figuras de agresión (diferentes á VS ou á VX) fan que os contextos de emerxencia non se parezan a outras VCM máis coñecidas.

Finalmente, considérase que **as ferramentas de xestión do sistema** (modelos de ficha tipo) cos que se constrúe o rexistro da información de ATENPRO e o seu seguimento teñen moitas potencialidades de mellora, en xeral e para a súa adaptación ás VR e aos CNH.

- Estas fichas, que tenden a implementarse a través de follas de cálculo Excel, baséanse en campos para a escritura aberta. Isto supón o almacenamento masivo de información cualitativa que imposibilita a súa explotación estatística. Iso dificulta a produción de coñecemento, o seguimento ás violencias diversas e múltiples que afrontan as usuarias, o seguimento á súa evolución, o acceso específico a servizos especializados, así como a avaliación do servizo en si mesmo.
- O desenvolvemento dunha plataforma onde os rexistros sexan mediante formularios máis pechados, baseados en categorías excluíntes e exhaustivas, con poucos campos abertos pode contribuír a solucionar estes déficits. Así mesmo, que se poida aloxar documentación anexa, vídeos e audios das propias usuarias facilitaría a intervención e o seu seguimento, e o acceso de persoal especializado (logopedas, mediadoras comunicativas, intérpretes e mediadoras culturais etc.).

Ilustración 11. Extracto da ficha de usuaria-Protocolo de actuación ATENPRO

| 7. FICHA DE LA USUARIA | | | |
|---|------------------------------------|----------------------|--------------------|
| Código / Expediente | | VG | Código Provincial |
| | | | Nº Correlativo |
| Identificación de la Usuaría | | | |
| Nombre | | | |
| Apellidos | | | |
| DNI / NIE / Pasaporte | | | |
| Lugar y Fecha de Nacimiento | | | |
| Nacionalidad | Estado Civil | | |
| Nivel de Estudios | Situación Laboral | | |
| Discapacidad | SI | NO | |
| Localización de la Usuaría | | Telf. Móvil Personal | |
| 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... teléfono sólo si se estima oportuno) | | | |
| Estado Físico-Psíquico-Sanitario de la Usuaría | | | |
| Describir enfermedades importantes, discapacidades, medicación... | | | |
| Núcleo Convivencial | | | |
| | Nombre y apellidos | Relación | Año nacim. |
| a | | | Nº Teléfono propio |
| b | | | |
| c | | | |
| d | | | |
| e | | | |
| Observaciones (especificar según letra asignada a cada persona conviviente) | | | |
| Personas de Contacto (no facilitar datos de personas que no conocen los episodios de maltrato) | | | |
| | Nombre y apellidos (por prioridad) | Relación | Teléfono 1 |
| 1 | | | Teléfono 2 |
| 2 | | | Municipio |
| 3 | | | ¿Ulaves? |
| 4 | | | |
| Observaciones (especificar según número asignado a cada persona de contacto) | | | |

Fonte: Ministerio de Igualdade-FEMP (2023: 44-45)

- Por outra banda, estas fichas de recollida de información (véxase a ilustración anterior) non recollen —ningunha delas— as **tipoloxías de violencia** ás que fai alusión a VR (nas súas múltiples formas) nin tampouco os CNH (nas súas diversas expresións). Non hai campos para identificalas nin tampouco para describir as súas consecuencias ou as necesidades ao respecto das vítimas. Esta debilidade afrontaríase mellor mediante o cambio antes sinalado.

- Sería necesario recoller información relativa, polo menos:
 - Aos datos **da vítima**: a tipoloxía de discapacidade das vítimas e non soamente a súa presenza; as orixes étnicas específicas e as minorías culturais ou relixiosas ás que se pertencen; as linguas que se falan en total; a relación con diásporas exteriores e o país de orixe (por exemplo, para valorar o risco de secuestro ou traslado).
 - Ao *estado físico-psíquico-sanitario* da usuaria é necesario facer referencia á SSR de forma explícita, con independencia da VCM que se enfrente.
 - Aos núcleos convivenciais da usuaria habería que reflectir o tipo de convivencia con familia extensa e a presenza de redes familiares de segundo grao, que é relevante para os CNH; así como outro tipo de convivencias que poden experimentar as mulleres con discapacidade que viven en contornos de coidado institucionalizados.
 - Aos **datos do agresor**, tocante aos cales hai que ter en conta que poden ser múltiples ou ter unha dimensión comunitaria e, polo tanto, requírese describir mellor o contorno da vítima, a súa presenza no seu hábitat municipal e tamén noutros municipios próximos, para valorar mellor a súa seguridade.
 - Á **valoración do risco**, respecto da cal estas violencias afrontan un importante descoñecemento sobre cando as comunidades, as familias ou as institucións, poden realizar unha agresión no ámbito reprodutivo ou debido «á honra». En calquera caso, recoméndase revisar as recomendacións realizadas sobre a detección do capítulo anterior para valorar a súa inclusión nas fichas de recollida de datos.
 - Ao **historial de agresión**, que tampouco se adapta ás violencias ás que nos referimos, pois transcende o da parella ou os agresores descoñecidos; nos tipos de malos tratos non se inclúe ningunha das VR e ningún das potenciais agresións que se sitúan dentro da noción «de honra».
 - Á **ficha de recursos de emerxencia**, da que é importante explicitar o grao de accesibilidade e adaptabilidade cultural que presentan os recursos dispoñibles; ademais de especificar aqueles en saúde sexual e reprodutiva, de facilitación da comunicación e interpretación cultural.

16.4. Sobre a comunicación interpersonal e o acompañamento

Recolléronse recomendacións de pautas ou criterios que deberían guiar a comunicación persoal e o acompañamento ás vítimas por parte das e dos profesionais do servizo ATENPRO:

- **Preguntarlle á usuaria** que forma de comunicación quere utilizar. A comunicación telefónica pode ser unha barreira, polo que a videoconferencia ofrece proximidade, non soamente coa linguaxe verbal senón coa expresión corporal.
- **Facilitar a videochamada**, que favorece a comprensión e o vínculo coa profesional. É adecuado para mulleres xordas, pero tamén para mulleres con outro tipo de discapacidades. As entrevistadas de CNSE **recomendan a revisión do servizo SOTA para mulleres xordas**, que tería un funcionamento máis lento e menos accesible do desexable.
- Na medida do posible, sobre todo no caso de MDID, **recoméndase que sexa sempre a mesma profesional** ou, de ser o caso, dous profesionais de referencia. Os seus procesos de recuperación son máis lentos, os seus procesos comunicativos, integrar e asimilar a VR sufrida. Vai haber máis retrocesos e avances.
- As MDID necesitan **unha linguaxe adaptada baixo criterios de accesibilidade cognitiva**. Explicacións breves, linguaxe clara e sinxela.
- É importante **asegurar a comprensión** da información e o motivo das interaccións, por exemplo, reiterando unha serie de preguntas, sobre todo se se trata de MDID e mulleres con experiencias negativas con institucións. Debido á desexabilidade social e aquiescencia, poden afirmar que si entenden a profesional e non ser así.
- **Favorecer o apoderamento**. Evitar actitudes de sobreprotección, paternalistas, fomentar continuamente a súa autodeterminación e autorrepresentación.

16.5. Sobre a avaliación de logros

Por último, emerxeron tamén algunhas propostas sobre como valorar os resultados das intervencións que leva a cabo o servizo ATENPRO, **algúns dos indicadores de avaliación** suxeridos son:

- De carácter cualitativo:
 - Grao de estabilidade na conduta

- Grao en que a muller aumentou a súa autoestima
- Aspectos da súa saúde que melloraron
- Se durante a atención a frecuencia das chamadas de seguimento aumentou ou diminuíu e a explicación dos motivos
- Autonomía e apoios recibidos
- Grao en que aumentou a rede social de apoio
- Número de actuacións que se levaron a cabo para resolver as situacións de crise
- Superación do dó e do trauma de todo o proceso
- Outras formas de violencia que se detectaron e as actuacións ao respecto
- De carácter cuantitativo:
 - Número de chamadas de seguimento que se realizaron
 - Duración media das chamadas de seguimento
 - Número de chamadas por situación de crise e tipo de crises atendidas
 - Número de chamadas por situación de crises non resoltas satisfactoriamente e motivo
 - Número de derivacións a outros recursos e tipo de recursos
 - Número de apoios recibidos
- De satisfacción das persoas usuarias: utilidade, calidade, accesibilidade do servizo e da atención, grao de percepción da propia muller dos seus propios avances e as propostas de mellora do servizo.

17. Propostas para un modelo de intervención local

A elaboración das seguintes propostas tivo en consideración, ademais da información recollida ao longo da investigación, o Catálogo de referencia de políticas e servizos en materia de violencia contra as mulleres conforme os estándares internacionais de dereitos humanos aprobado pola Conferencia Sectorial de Igualdade na súa reunión plenaria do día 22 de xullo de 2022 en Tenerife (ao que se aludirá como «o [Catálogo](#)»).

Este catálogo está recollido na Resolución do 16 de marzo de 2023, da Secretaría de Estado de Igualdade e contra a Violencia de Xénero, pola que se publica o Acordo da Conferencia Sectorial de Igualdade, do 3 de marzo de 2023, polo que se aproba o Plan conxunto plurianual en materia de violencia contra as mulleres (2023-2027)²⁰⁰.

Desta forma, o modelo local que se propón **guíase por tres referentes institucionais** clave: o Convenio de Istambul, a normativa vixente e os plans estratéxicos temáticos e as resolucións da Conferencia Sectorial de Igualdade²⁰¹.

Estas referencias sinalan os aspectos fundamentais que deben guiar o labor de toda Administración pública con respecto á VCM.

Ademais, cóntase con recomendacións específicas do mecanismo de seguimento á aplicación do Convenio de Istambul cara ao noso país (o Comité GREVIO) e outras realizadas por outros organismos internacionais, como é a CEDAW e o CDPD, aos que a investigación se referiu nos capítulos pertinentes sobre os marcos institucionais de referencia de cada unha das violencias estudadas.

²⁰⁰ Publicado no BOE núm. 67, do luns 20 de marzo de 2023. Acceso

²⁰¹ En canto ás resolucións da Conferencia Sectorial de Igualdade, estes acordos reflicten a converxencia das CCAA e da AXE sobre o marco de actuación conxunta que debe existir no noso país para garantir a estabilidade e permanencia das políticas públicas e os servizos en materia de violencia contra as mulleres. Derivan ademais da normativa vixente e do Pacto de Estado contra a violencia de xénero (actualizado o 25 de novembro de 2021).

17.1. Prevención

17.1.1. Prevención secundaria: detección temperá e diagnóstico

Os diagnósticos melloran o coñecemento sobre as violencias e son imprescindibles para o deseño e avaliación das políticas públicas. Fixéronse recomendacións ao respecto nun capítulo anterior.

En relación cos **instrumentos locais** para o diagnóstico destas formas de violencia entre as mulleres da poboación residente, este podería levarse a cabo de varias formas complementarias:

- Mediante **estudos periódicos** específicos no ámbito local.
- Dentro doutros estudos sobre as formas de VCM que persisten, incluíndo as tipoloxías de VR e as formas en que se manifestan os CNH; **preguntándolles directamente ás mulleres pola súa prevalencia nas enquisas.**
- Valorando a **presenza e características da poboación residente** con respecto aos grupos e perfís que se consideraron máis vulnerables.
- Incluíndo **novos campos de rexistro** de datos en instrumentos xa existentes.

Xunto co anterior, é importante atender aos recursos locais onde se pode **empezar a rexistrar e recompilar información**, como son os distintos servizos municipais (saúde, SSR, VCM, atención á discapacidade, poboación xitana, poboación migrante e refuxiada), provedores de saúde e de atención á discapacidade privados, e asociacións.

- As organizacións e **asociacións de mulleres e ONG** que atenden os colectivos cuxo perfil se ve máis afectado por estas violencias son espazos privilexiados para a detección e o rexistro cuantitativo de casos.

En canto á **detección temperá**, os **protocolos de detección** dos diferentes tipos de VCM (incluídos os de prevención da conduta suicida) establecen «fluxos de derivación e coordinación»²⁰² para favorecer a detección e a derivación destes casos aos servizos de atención integral de VCM.

²⁰² Tal e como sinala o citado catálogo.

- Como xa se indicou, en España non dispoñemos aínda deste tipo de ferramentas para o AEAF, a XS ou os CHN. Con todo, ata que non sexan implementados, **as profesionais de referencia serían aquelas dos recursos especializados en VCM.**
- **Os ámbitos** aos que ven referidos a detección son moi numerosos e todos necesarios: educativo, sanitario (medicina de familia, pediatría, enfermería, matronas, traballo social, urxencias, saúde mental e toco-xinecoloxía), rede de centros de servizos sociais, e centros residenciais (centros de día para persoas sen fogar ou en risco de exclusión social, centros relacionados coa discapacidade, centros de día para persoas maiores, centros destinados á protección internacional e a inclusión de persoas migrantes) e puntos de encontro familiar²⁰³.
- Xunto con estes, para a detección do AEAF é necesario considerar aqueles de atención a mulleres con discapacidade e persoas con discapacidade (centros de día, centros ocupacionais, centros especiais de emprego, programas de inserción laboral, residencias, vivendas tuteladas, entre outros, e as redes asociativas).
- Respecto da xestión subrogada, espazos de detección poden ser os rexistros civís e oficinas do padrón, os servizos de pediatría e atención á infancia, atención primaria ou servizos de xinecoloxía e obstetricia.
- En canto ás vítimas de CNH, téndese a distinguir os recursos de SSR, o ámbito educativo, a inclusión de poboación estranxeira e os servizos de atención á diversidade sexo-xenérica.

Deste xeito, nos espazos de intervención cotiá sería necesario que as e os profesionais estivesen familiarizados cos [indicadores de alerta ou risco](#).

²⁰³ Nótese que no Catálogo se menciona explicitamente o seguinte: «En relación coas mencións aos puntos de encontro familiar no presente catálogo, indícase que tras as reformas operadas pola Lei orgánica 8/2021, do 4 de xuño, de protección integral á infancia e a adolescencia fronte á violencia, e pola Lei 8/2021, do 2 de xuño, pola que se reforma a lexislación civil e procesual para o apoio ás persoas con discapacidade no exercicio da súa capacidade xurídica, non se deberían derivar a estes puntos os fillos e fillas menores das mulleres vítimas de violencia de xénero. Non obstante, e dado que perduran supostos de derivación a estes centros e de que estes interveñen en procesos civís que poden traer causa de situacións de violencia machista, considérase necesario citalos no catálogo para os efectos de garantir a efectiva detección, desde a perspectiva de xénero e infancia, e a derivación dos casos de violencia contra as mulleres, así como daqueles casos nos que os fillos e fillas menores tamén son vítimas directas da violencia de xénero exercida sobre as súas nais, aos servizos de atención integral especializada previsto neste catálogo» (páxina 41823).

- Falta información suficiente como para que estes indicadores sexan exhaustivos, aínda que ao longo do estudo se fixo referencia aos máis referenciados en materia de CNH e VR.
- A partir destes indicadores, realizaríase unha **primeira entrevista** para coñecer mellor a situación da muller. Véxanse as recomendacións ao respecto da detección das violencias no capítulo anterior.
- Para o desenvolvemento da entrevista de detección a mulleres, deberían terse en conta pautas clave de seguridade, intimidade e confianza, ademais de accesibilidade universal e cultural.

É imprescindible lembrar que é necesario mellorar o coñecemento sobre a VR e os CNH para a adecuada **valoración do risco** que están a afrontar as mulleres e os seus fillos e fillas; neste sentido é necesario considerar as seguintes cuestións:

- Debería establecerse un grupo de traballo local centrado na seguridade destas vítimas; liderado polas FCSE.
- A VR e a VBH son, con frecuencia, un indicador doutras violencias, polo que os riscos son múltiples.
- A VR pode implicar agresores institucionais e familiares.
- A VBH alude a agresores familiares en España, pero tamén noutros países.
- No caso da XS, as vítimas poden selo de redes de trata e as figuras de coerción son variadas, incluídas persoas comunitarias ou empresas nacionais e internacionais protexidas por acordos comerciais.
- No caso das violencias relacionadas cos CNH ou VBH, ademais de contornos familiares, débese de valorar o contorno de risco comunitario.

17.1.2. Educación e sensibilización

En canto á **sensibilización e toma de conciencia**, débense realizar campañas —e avaliar o seu impacto— que «presten atención ás súas causas, especialmente á relación directa entre

desigualdade e violencia e os estereotipos de xénero, e á responsabilidade dos homes para a súa erradicación»²⁰⁴.

No ámbito local, para cumprir os principios de accesibilidade e **universalidade da sensibilización**, debería considerarse²⁰⁵ o seu acceso, comprensión e utilización por todas as persoas.

- É dicir, trátase de campañas cuxos soportes teñen que considerar a accesibilidade cognitiva, física, sensorial e cultural.
- A continuidade das campañas debería ser anual. Iso supón que existan soportes fixos, continuos en espazos locais accesibles á poboación máis vulnerable a estas violencias.
- Ademais, sería de interese considerar **soportes o máis diversificados posibles**, como folletos e guías descargables en diferentes formatos (lectura fácil, pictogramas, braille, vídeos explicativos con videointerpretación ou en formato curta/documental, subtítulos, con mensaxes sinxelas e claras onde aparezan as propias mulleres e os seus testemuños, así como de familiares, profesionais do ámbito da saúde sexual e reprodutiva, do ámbito xudicial etc.).
- Cómpre **facer visibles estas campañas no ámbito comunitario**. Iso implica ir máis aló dos recursos habituais e apostar conxuntamente polo uso doutros espazos públicos, deportivos, de lecer, redes veciñais, comercios locais, transportes, farmacias etc.
- Poden multiplicarse os impactos nas **datas significativas e efemérides** internacionais (véxanse as recomendacións en materia de sensibilización e concienciación).
- Os medios de comunicación locais e a comunicación institucional deberían seguir as recomendacións básicas sobre as boas prácticas existentes en materia de linguaxe **non sexista e inclusiva**²⁰⁶, representando a diversidade e a interseccionalidade das vítimas.

Respecto da VR —e tamén nos CNH debido á súa relación con prácticas nocivas—, debe considerarse imprescindible traballar a sensibilización, polo que sería necesaria, en todas as **etapas educativas**, a educación en materia de DSR e educación afectivo-sexual.

²⁰⁴ Tal e como sinala o Catálogo no punto relativo á «Información, sensibilización e toma de conciencia».

²⁰⁵ Segundo o Real decreto lexislativo 1/2013, do 29 de novembro, polo que se aproba o texto refundido da Lei xeral de dereitos das persoas con discapacidade e da súa inclusión social.

²⁰⁶ Por exemplo, a *Guía sobre xénero e discapacidade para xornalistas* de FCPED, CODIP e COCEMFE (acceso), a *guía Comunicación inclusiva do Concello de Barcelona* (acceso), *Guía en igualdade de trato, medios de comunicación e comunidade xitana* de FSG (acceso) ou a *guía Medios de comunicación e as persoas refuxiadas* de ACNUR (acceso).

Considerando as competencias fundamentais das entidades locais, sería necesario considerar:

- A poboación infantoxuvenil, as familias, o profesorado e, xa que logo, garantir este contido en escolas infantís, colexios e institutos e espazos de educación non formal (por exemplo, deportivos, de lecer e tempo libre). Nesta mesma liña debe garantirse a formación na materia das AMPA, os consellos escolares, servizos de Inspección Educativa ou órganos consultivos e/ou asesores²⁰⁷.
- As actividades para todas as idades de tipo cultural, recreativo e de benestar social²⁰⁸, que son contornos comunitarios privilexiados para a intervención social e a promoción de dereitos fundamentais.

Respecto da **formación dos e das profesionais**, cada ámbito sectorial require de procesos e materiais de capacitación a medida, de calidade e impartida por especialistas.

De acordo coa Resolución do 16 de marzo de 2023, da Secretaría de Estado de Igualdade e contra a Violencia de Xénero, esta formación debe incluírse nos procesos selectivos de contratación de persoal, polo que os temarios deben actualizarse a todas as violencias.

- Debe ser «obrigatoria, inicial e continuada» e debe servir para realizar unha «actuación con enfoque de xénero, dilixente, adecuada e respectuosa para a vítima, ante calquera forma de violencia contra as mulleres».
- No ámbito local, deben terse en conta estas actualizacións nos plans de formación continua e novas contratacións.
- Os principais perfís profesionais aos que dirixir esta formación son:
 - Profesionais de ámbitos relacionados coa prevención e a detección: persoal sanitario e, en concreto, de SSR, de igualdade, servizos sociais, persoal con funcións de atención ao público.
 - Profesionais que interveñen directamente con vítimas de violencia: operadores xurídicos, ámbito policial, servizos de emerxencias, servizos especializados de atención e recuperación de vítimas de todas as formas de VCM, servizos sociais

²⁰⁷ Por exemplo, con estes posibles contidos: dereitos das mulleres, autoestima, autoconcepto e coñecemento do corpo, orientacións sexuais e identidades de xénero, DSR, menstruación, coidados de SSR, preparación da visita xinecolóxica, anticoncepción, bos tratos na relacións afectivo-sexuais, VCM, prácticas nocivas.

²⁰⁸ O citado «catálogo» refírese á educación de persoas adultas, cursos técnicos, actividades e talleres vinculados a disciplinas artísticas, culturais, especializadas, actividades deportivas, de lecer e tempo libre etc.

comunitarios, servizos sociais especializados do sistema de protección á infancia e adolescencia, e servizos de emprego.

- Profesionais que traballan con poboacións vulnerables: promoción dos dereitos do pobo xitano e antixitanismo, atención ás discapacidades, inclusión social de persoas migrantes e protección internacional, mulleres en situación de prostitución, vítimas de trata con fins de explotación sexual e explotación laboral.

Finalmente, hai que considerar no ámbito da sensibilización que o **intercambio de boas prácticas e o traballo en rede**, a utilización de plataformas e recursos da FEMP e outras federacións territoriais contribúen positivamente á mellora da capacitación dos recursos locais. Xunto con estas, recoméndase valorar as redes e prácticas existentes recollidas no estudo (véxanse os capítulos específicos da análise de prácticas de interese para cada violencia).

17.2. Atención integral

17.2.1. Asistencia social integral e reparación

Ao longo do estudo fíxose fincapé nas características da atención integral e da accesibilidade universal e cultural (véxase o capítulo 15 ao respecto). Dadas as características das vítimas de VR e CNH, a accesibilidade é un requisito imprescindible para garantir a atención ás vítimas. Nótese que baixo a noción das «vítimas» tamén se engloban as nenas e adolescentes, non soamente as mulleres adultas.

O Catálogo indica unha serie de recursos ou servizos que deben cumprir unha serie de características, as cales foron ampliadas para garantir a adecuada atención das VVR e CNH. Trátase de ter en conta o seguinte:

Características dos servizos:

- Accesibilidade e deseño universal, tanto o servizo en si coma a súa contorna.
- Gratuidade, incluídas as figuras profesionais de apoio á comunicación (mediación comunicativa, cultural, logopedia, tradución e interpretación).
- Seguros e que eviten a revitimización.
- Confidenciais, que garantan a intimidade e a dignidade da vítima, dos fillos e fillas e menores a cargo das mulleres vítimas, así como para outros nenos, nenas e adolescentes e novas vítimas.

Xunto co anterior, o Catálogo indica que, para garantir o **acceso efectivo** de todas as vítimas, e con especial referencia ás residentes no ámbito rural, deberanse asegurar:

- A accesibilidade universal dos servizos de tradución e interpretación.
- A xestión dos servizos de transporte seguro para as mulleres.
- O apoio á conciliación e ao coidado dos fillos e fillas menores, ou outras persoas menores e maiores que delas dependan.

Do mesmo xeito, a asistencia integral deberá incluír:

- Asistencia persoal para as mulleres con discapacidade.
- Adaptacións ás necesidades específicas que requiran algúns grupos de mulleres²⁰⁹.
- Respecto dos **servizos de saúde**, promoverase que o sistema público de saúde lles garanta a gratuidade dos servizos sanitarios ás vítimas de todas as formas de violencia contra as mulleres, e aos seus fillos e fillas, con independencia da súa situación administrativa. Aquí resulta imprescindible lembrar que os servizos de SSR deben estar no centro da atención.

Tipo de prestación de servizos

Débase garantir que as vítimas accedan aos servizos de saúde, as axudas e prestacións para a **autonomía económica e emprego**, os servizos de **reparación integral** e os especializados de **apoio, asistencia e recuperación**. O Catálogo indica que se deberán realizar «protocolos específicos para a atención, actuación sanitaria e resposta multisectorial». No momento de desenvolvemento deste diagnóstico **estes protocolos non foron elaborados** polo sistema público de saúde.

A táboa que se presenta a continuación recolle os servizos recollidos no Catálogo e as súas **prestacións básicas** con respecto a esta asistencia, á que teñen dereito todas as vítimas.

²⁰⁹ O Catálogo fai referencia ás necesidades das vítimas do medio rural e á «adaptación dos servizos especializados ás necesidades específicas das mulleres novas, das mulleres maiores, das mulleres con discapacidade, das mulleres con problemas de adicción, de saúde mental, das mulleres sen fogar ou en risco de exclusión social, para facilitar o acceso a estes e garantir a información, o asesoramento, a atención e o acompañamento psicolóxico, social e xurídico adecuado en condicións de igualdade» (páxina 41824-41825).

Táboa 7. Servizos e prestacións básicas de asistencia social integral e reparación (Catálogo de referencia de políticas e servizos en materia de violencia contra as mulleres 2022)

| Servizo | Prestacións |
|--|--|
| Información, asesoramento e orientación | <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre dereitos e recursos á disposición das vítimas, dos seus fillos e fillas, e familiares ou contorno próximo, de ser o caso. • Atención psicolóxica de emerxencia que asegure a contención ou acompañamento emocional. • Orientación xurídica. |
| Atención e recuperación integral | <ul style="list-style-type: none"> • Atención e intervención social, psicolóxica e outras actuacións de emerxencia as 24 horas do día. • Asesoramento xurídico e de seguimento das xestións e demandas en procesos xudiciais e administrativos que emprendan as vítimas para reclamar os seus dereitos. • Aloxamento temporal seguro, tanto de emerxencia coma de longa estancia. • Asistencia persoal para as mulleres con discapacidade. |
| Atención e recuperación integral especializadas para menores (*) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención social e psicolóxica e de acompañamento no proceso de recuperación integral dos fillos e fillas das vítimas. • Atención especializada a nenas. • Escolarización e prevención do abandono temperán do sistema educativo. • Axudas e prestacións económicas, tales como as dirixidas á manutención e necesidades educativas, e bolsas e axudas para o estudo universitario no caso de mozos adultos. |
| Autonomía económica e emprego | <ul style="list-style-type: none"> • Axudas e prestacións (**): <ul style="list-style-type: none"> ○ Urxentes en casos de emerxencia ○ Por falta de autonomía económica e desemprego ○ Á vivenda (compra e alugamento) • Servizos de emprego (programas de inserción laboral e formación e inserción laboral) |
| Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Atención sanitaria, con especial atención á saúde mental, mediante a atención psiquiátrica e psicolóxica ata a total recuperación. |
| Reparación integral | <ul style="list-style-type: none"> • Axudas complementarias a modo de indemnización e reparación pola especificidade ou gravidade das secuelas. • Financiamento de tratamentos sanitarios non previstos, pero necesarios para a reparación. • Servizos de acompañamento a familiares e ao contorno afectivo das mulleres asasinadas. (***) |

| Servizo | Prestacións |
|---------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Reparación social e simbólica (homenaxes, actos de recoñecemento, accións de difusión pública, compromiso colectivo etc.). • Reinserción e prevención da reincidencia das persoas condenadas. (***) |

Fonte: Elaborado a partir do Catálogo aprobado pola Conferencia Sectorial de Igualdade (Tenerife, 22/07/2022)

Notas:

(*) Refírese a fillos e fillas, e outras nenas, nenos e adolescentes suxeitos á súa tutela ou garda e custodia das mulleres vítimas, así como a nenas, nenos e adolescentes vítimas da violencia; e en especial en situación de orfandade.

(**) Que contribúan á súa autonomía económica e á emancipación das relacións de violencia promovendo a súa compatibilidade e priorizando o seu acceso.

(***) Co fin de informalos sobre os seus dereitos e acompañalos no procedemento, así como facilitarlles o acceso a pensións e prestacións de orfandade, axudas aos enterros, repatriación, bolsas e apoio psicolóxico preferente entre outros, sen prexuízo do disposto nos protocolos e servizos para o caso de feminicidios dos que xa dispoñen as CCAA.

(****) O Catálogo refírese a condenas por delitos relacionados coa violencia de xénero e contra a liberdade sexual, pero podería facerse extensible a outras formas de violencia contra as mulleres.

Finalmente, con respecto á **reparación**, as entidades locais terían unha maior competencia respecto daquelas actuacións relacionadas coa rehabilitación e a reparación simbólica das vítimas (véxanse as recomendacións ao respecto no capítulo 15.2.9).

17.2.2. Protección e acceso á xustiza

Ante calquera VCM debe propiciarse que as instalacións policiais e xudiciais sexan **acolledoras, seguras e accesibles**. A atención a menores deben realizala persoas de referencia especializadas en xénero e infancia. Así mesmo, deben terse en conta —desde o primeiro momento— as profesionais de apoio á comunicación.

Respecto da protección, púxose de manifesto ao longo do estudo a necesidade de priorizar a produción de información sobre as necesidades de seguridade das VVR e VCNH; que neste momento son **insuficientemente coñecidas**.

- É ineludible lembrar que a seguridade é unha necesidade de quen interpón a denuncia ou está ante unha denuncia de oficio, tanto como de quen non o fai ou renuncia a continuar cun procedemento penal. En calquera caso, a seguridade das vítimas debería estar vinculada ao desenvolvemento dun **plan de seguridade personalizado (PSP)**²¹⁰.

²¹⁰ O PSP fai referencia, fundamentalmente, a portar sempre un teléfono móbil; facer un uso seguro das novas tecnoloxías da información e da comunicación e redes sociais; medidas de autoprotección persoal con carácter xeral

- A intervención das FCSE debe estar **conectada cos servizos sociais e de atención especializada** a través de diferentes actuacións: os procedementos de recollida das denuncias, os procedementos de investigación dos delitos, os mecanismos de protección e ATENPRO (ou outros dispositivos análogos das CCAA a través das entidades locais).
- O Sistema VioGén²¹¹ do Ministerio do Interior non recolle a especificidade destas violencias. Xa que logo, os servizos de atención especializada **deberán prever outro tipo de coordinación** coas FCSE que actúen no ámbito local para poder proporcionar a información pertinente sobre a vítima e o seu ámbito. Isto resulta imprescindible para garantir a eficacia da valoración policial do risco e a súa evolución.

En relación coa xustiza, a asistencia letrada —de calquera forma de VCM— debe estar garantida desde o momento previo á interposición da denuncia.

- No sistema de atención en España, a **Oficina de Asistencia ás Vítimas**²¹² ten un papel clave. Neste sentido, a OAV deberá contar con persoal formado nas violencias específicas (AEAF, XS e CNH) e traballar de forma coordinada coa rede especializada dispoñible.
- En xeral, debe facilitarse que as vítimas poidan intervir nos procedementos xudiciais desde os lugares onde se atopen recibindo oficialmente asistencia; tratando de evitar **o seu desprazamento innecesario**.
- Por outra banda, requírese poñer á disposición das vítimas que o demanden —en calquera fase do procedemento— o **acompañamento nos procesos xudiciais**, así como a non visibilidade nin confrontación coa parte denunciada²¹³; o cal no caso das vítimas das violencias que nos ocupan é especialmente relevante.

para todas as vítimas; planificación dunha rutina de fuxida no caso de intento de nova agresión; medidas de autoprotección ante unha nova agresión só cando a vítima ten menores ao seu cargo; medidas de autoprotección só no caso de que o agresor abandonase o domicilio; medidas de autoprotección só no lugar de traballo.

²¹¹ O Sistema de seguimento integral nos casos de violencia de xénero (Sistema VioGén), da Secretaría de Estado de Seguridade do Ministerio do Interior, púxose en funcionamento o 26 de xullo do 2007, en cumprimento do establecido na Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero. A evolución de VioGén é contemplar o conxunto de violencias contra as mulleres.

²¹² Debe haber un mínimo en cada provincia ou división territorial específica das CCAA. Actualmente o seu número é insuficiente.

²¹³ Deben promoverse, polo tanto, as salas específicas para vítimas nos edificios xudiciais e os medios tecnolóxicos para a declaración por videoconferencia e os apoios comunicativos pertinentes.

- As **unidades de valoración integral forense ou sistemas análogos** de cada comunidade autónoma deberían estar accesibles a todas as mulleres, en todos os partidos xudiciais, en horario de 24 horas/7 días á semana.
- Iso implica contar con equipos con especialización adecuada nas violencias que nos competen e, tan pronto como sexa posible institucionalmente, con protocolos de actuación específicos. Para as VR implica mostrar unha especial sensibilidade á situación pola que pasan as vítimas e os riscos potenciais de revitimización.
- No caso das VR, sería necesario facer extensible a referencia a casos de violencia sexual, ao AEAF e á XS, que se realiza no Catálogo, onde sinala a importancia de acceder a **forenses e servizos de xinecoloxía e sexoloxía**, en horario 24horas/7 días á semana, en número suficiente e formado. Tamén a asistencia psicolóxica no caso de ser requirida.
- No caso de mulleres estranxeiras vítimas de VBH, deben de poñerse en marcha e axilizarse os procedementos de **protección internacional** e o seu recoñecemento como mulleres refuxiadas.
- É importante incluír **procedementos para a comparecencia** por parte das CCAA e da AXE (en casos de feminicidio e outras manifestacións graves de violencia). Neste sentido, as autoridades locais tamén poden ter un papel impulsor ou demandante de tales accións ante as administracións supralocais ou, en caso necesario, liderar a intervención xurídica en cooperación coa Fiscalía e coa representación da familia da vítima.

17.3. Coordinación e protocolos

A centralidade dos dereitos da vítima e a súa autonomía é a que organiza toda intervención institucional sobre a VCM.

- Con independencia da súa titularidade e ámbito competencial, a intervención debe concibirse desde **a integridade, a universalidade e a accesibilidade**, así como desde a eficiencia e a eficacia, o que implica **prever a revitimización** ou vitimización secundaria das mulleres que son atendidas.
- O modo máis eficaz é o **traballo coordinado mediante un órgano e un instrumento de referencia**; isto é, **un protocolo** (ou protocolos) que axude a ordenar os

procedementos de intervención e a coordinación entre actores, xa que establece a derivación entre axentes e recursos.

Tal e como sinala o Catálogo, a coordinación e colaboración institucional contribúe a «evitar os feminicidios prioritariamente, tamén eliminar posibles duplicidades, minimizar o risco de revictimización, e, en todo caso, garantir unha actuación integral, personalizada, especializada, áxil e inmediata».

17.3.1. Órganos de coordinación e colaboración

No ámbito local, pártese da consideración de que a **coordinación global** debe realizala o organismo, servizo ou área responsable da atención á VCM dentro do ámbito da promoción e garantía da igualdade entre mulleres e homes no goberno local.

- As súas funcións abarcan tamén as de impulsar as accións previstas en relación coa detección, prevención, protección, acceso á xustiza e asistencia integral, incluída a reparación.
- Nesta liña, a súa función sería promover a implantación e o seguimento do protocolo e **protocolos sectoriais** nos ámbitos necesarios (tales como educativo, sanitario, socioasistencial, policial, xudicial, da avogacía e procuradoría, formativo-laboral etc.).

O órgano local pode consistir nun **consello, mesa de coordinación** ou espazo análogo que abarque o ámbito territorial pertinente (municipal, comarcal, provincial, insular etc.).

- A representación debe ser multidisciplinaria e abarcar profesionais de todos os ámbitos que interveñen na prevención, na protección e na asistencia ás vítimas, así como as entidades e asociacións da sociedade civil, que interveñan na abordaxe das situacións de violencia contra as mulleres. No caso da VR e dos CNH implica **ampliar a participación a todas as figuras profesionais** que interveñen na atención (véxase o punto anterior).
- Dependendo das características locais, o poder xudicial pode ter representación.
- Así mesmo, debe garantirse un mecanismo de coordinación co departamento da comunidade autónoma correspondente competente en materia de igualdade e VCM, e da Unidade de Coordinación ou de Violencia sobre a Muller da Delegación ou Subdelegación do Goberno no territorio. Por exemplo, a través dun mecanismo estable

de información das convocatorias e actas de reunións ou a participación dos representantes supralocais pertinentes.

- No caso de non formar parte do órgano de coordinación municipal, terase que prever a **coordinación coas asociacións** de mulleres, entidades do movemento asociativo feminista e organizacións non gobernamentais que traballan directamente en relación coa VR e VCM e as súas poboacións máis vulnerables. Con todo, o ideal é que participen activamente no órgano local.
- O procedemento de funcionamento deste órgano debe incluír a convocatoria de **comités de crises ou grupos de traballo** con funcións análogas para situacións excepcionais que permitan mellorar a resposta institucional.
- Sempre haberá un comité de crise no caso de feminicidios, que deberá coordinarse ou sumarse ao que poña en marcha a comunidade autónoma xunto coa DGVX²¹⁴.
- Finalmente, entre as áreas e profesionais que toman parte do espazo local de coordinación, é importante o **intercambio e difusión de boas prácticas**, protocolos sectoriais, guías e mapas de recursos. É un compoñente que cómpre ter en conta dentro da coordinación. Véxase o comentado con anterioridade sobre o traballo en rede respecto da prevención.

A **actuación supralocal** é determinante para impulsar a acción transversal sobre as violencias, tanto en termos de financiamento coma de consolidación do marco institucional de referencia.

- Neste sentido, desde o ámbito local, é necesario tomar unha **perspectiva de actualización constante** sobre o futuro desenvolvemento que sigan as políticas públicas en relación coas violencias reprodutivas no ámbito da AXE e respecto das comunidades autónomas. En todas elas rexe o principio de coordinación coas entidades locais, fundamentalmente a través da FEMP (e asociacións análogas nos distintos territorios autonómicos).

²¹⁴ O Catálogo sinala ao respecto: «promoverase que nestes estean presentes representantes de todas as institucións de ámbito autonómico e/ou local con competencias na materia de violencia contra as mulleres, xunto co poder xudicial e a fiscalía no territorio» (páx. 41830).

17.3.2. Protocolos e ferramentas análogas

O ideal sería contar cun protocolo en cada comunidade autónoma que ordene e facilite a coordinación interinstitucional das actuacións e do traballo en rede en materia de VCM ²¹⁵, que inclúa de modo específico a VR e os CNH. Ademais, estas violencias deberían estar presentes explicitamente noutros protocolos, xa que son concomitantes a outros modos de expresión da violencia machista. A pesar da falta dun marco institucional máis exhaustivo, a actuación local pode desenvolverse con amplitude.

A política local en materia de igualdade sempre deu exemplos pioneiros e inspiradores de políticas públicas para outros niveis supralocais ²¹⁶, tamén con respecto ás violencias machistas. É por iso que se propuxo este modelo ou conxunto de pautas para o seu desenvolvemento no ámbito local.

Certamente, tanto a falta de datos coma a falta dun marco institucional consolidado dificulta a *protocolorización*, polo que esta proposta debe tomarse como **un modelo aberto ao debate, a experimentación e a modificación**.

Todo protocolo debe fundamentarse en **principios de actuación**; foron expostos en detalle (véxase o capítulo 15) no capítulo de propostas para a intervención. En xeral, refírense á centralidade dos dereitos, á autonomía da vítima e á accesibilidade universal (cos apoios técnicos necesarios).

En canto á intervención coa vítima, os seus fillos e fillas, debe ser sempre individualizada e articulada a partir dun **plan de atención personalizada** ²¹⁷.

Como se explicou ao longo do capítulo, en canto aos **itinerarios e procedementos de intervención** en situacións de VR e CNH, as competencias e responsabilidades das institucións están determinadas polos dereitos das vítimas e a garantía aos servizos do Catálogo (2022).

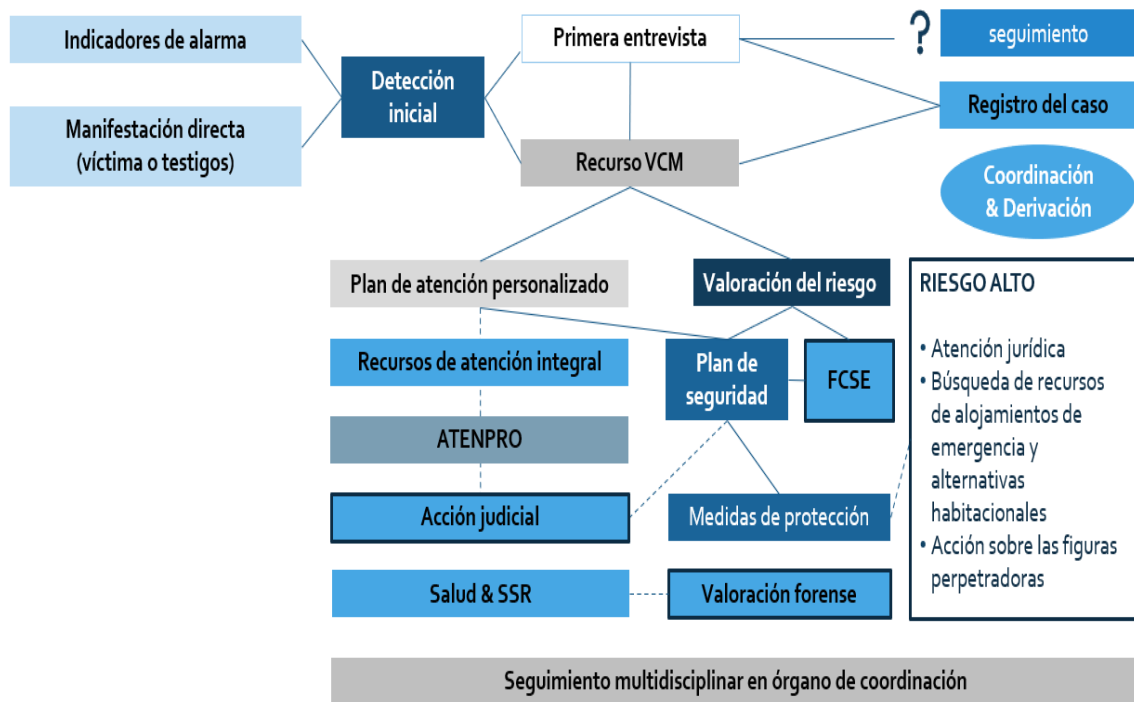
²¹⁵ Os protocolos autonómicos actualízanse en función da normativa vixente. A súa compilación pode consultarse nos organismos de igualdade autonómicos con competencias en materia de violencia contra as mulleres e na páxina web da Delegación do Goberno contra a Violencia de Xénero.

²¹⁶ Véxase, por exemplo, a acción da FEMP e a doutras asociacións de municipios e provincias no territorio español, que propuxeron modelos locais de actuación e protocolos en materia de igualdade e contra a violencia contra as mulleres (Guilló *et al.*, 2022).

²¹⁷ Existen pautas xerais e algúns modelos de implementación propostos por algunhas CCAA. Véxase ao respecto: DGVX (2014): *Proposta de pautas para a intervención integral e individualizada con mulleres vítimas de violencia de xénero, os seus fillos e fillas e outras persoas ao seu cargo*, documento en liña (acceso); DGVX (2012?): *Proposta común para a mellora da coordinación institucional e a posta en marcha dun plan personalizado de atención ás vítimas de violencia de xénero*, documento en liña (acceso); Dirección Xeral de Muller (2017): *Manual Plan de atención personalizada para vítimas de violencia de xénero. Edición con pautas de atención a mulleres con discapacidade*, Consellería de Familia e Igualdade de Oportunidades-Comunidade Autónoma da Rexión de Murcia, documento en liña (acceso).

Respecto das propostas ás que se fixo alusión ao longo do traballo, unha vez máis indicamos, teñen un carácter experimental e aberto á discusión. No seguinte esquema resúmese de forma gráfica un modelo básico de intervención.

Ilustración 12. Esquema dun modelo básico de acción



IV. BIBLIOGRAFÍA E ANEXOS

18. 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

(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

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-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

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

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

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

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/>

Comité Económico y Social Europeo [CESE] (2022). Dictamen del Comité 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

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

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

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

[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/combaterViolenciaMachista/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¬a=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

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

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%20Estados%20Unidos%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

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

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

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

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

[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

[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

[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

[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

[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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maita, L. (2023). ¿Cuántos tipos de discapacidad existen? Pluridiscapacidad. Discapnet. Retirado en abril 2023 <https://www.discalpnet.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

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

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

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

[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

[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

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

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

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

[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

[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

[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

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

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

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

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-a976>

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 1. Entidades locais participantes na enquisa

A enquisa permitía tanto a resposta anónima como a identificación organizacional. As entidades locais que se identificaron (que non eran respostas anónimas) foron 229; a todas elas lles agradecemos a súa participación:

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
Ollo
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 Fircas
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 Monóvar
Ayuntamiento de Montanejos
Ayuntamiento de Moral de Calatrava
Ayuntamiento de Noreña
Ayuntamiento de Numancia de la Sagra
Ayuntamiento de O Carballiño
Ayuntamiento de Órgiva.
Ayuntamiento de Orkoien
Ayuntamiento de Paiporta
Ayuntamiento de Peñaranda de Bracmonite
Ayuntamiento de Peñarroya-Pueblonuevo
Ayuntamiento de Peñíscola
Ayuntamiento de Pezuela de Las Torres
Ayuntamiento de Pinos Genil
Ayuntamiento de Pollença
Ayuntamiento de Puebla de Cazalla
Ayuntamiento de Puente de Genave
Ayuntamiento de Puertomingalvo
Ayuntamiento de Pulianas
Ayuntamiento de Quart De Poblet
Ayuntamiento de Quintanilla Del Olmo
Ayuntamiento de Ribaforada
Ayuntamiento de Roda de Berà
Ayuntamiento de Sa Pobla
Ayuntamiento de San Esteban del Valle
Ayuntamiento de San Fernando
Ayuntamiento de San Fernando de Henares
Ayuntamiento de San Isidro
Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes
Ayuntamiento de Sant Antoni de Portmany
Ayuntamiento de Sant Joan Despí
Ayuntamiento de Santa Maria del Camí
Ayuntamiento de Santa Susanna

Ayuntamiento de Sardón de Duero
Ayuntamiento de Sax
Ayuntamiento de Segorbe
Ayuntamiento de Serradilla
Ayuntamiento de Siero
Ayuntamiento de Soto del Real
Ayuntamiento de Tafalla
Ayuntamiento de Tíjola
Ayuntamiento de Torrecillas de la Tiesa
Ayuntamiento de Torrevieja
Ayuntamiento de Totana
Ayuntamiento de Úbeda
Ayuntamiento de Utrera
Ayuntamiento de Valladolid
Ayuntamiento de Vilalba
Ayuntamiento de Villanueva de Gallego
Ayuntamiento de Villar del Arzobispo
Ayuntamiento de Villava
Ayuntamiento de Villaviciosa De Odon
Ayuntamiento de Zamora
Ayuntamiento de Zumárraga
Ayuntamiento del Valle de Aranguren
Ayuntamiento del Valle de Yerri
Ayuntamientode de Peal de Becerro
Centro Comarcal de Información a la Mujer de Arquillos-Castellar-Chiclana de Segura-Montizon-Navas de San Juan y Sorihuela del Guadalimar
Centro de la Mujer Ayuntamiento de Calera y Chozas
Centro de la Mujer Ayuntamiento de Huércal-Overa
Centro de la Mujer Consell Insular de Menorca
CIM Coirós
CIM Concello de Xinzo de Limia

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

Anexo 2. Organizaciones e personas expertas participantes na encuesta

Nas encuestas realizadas no traballo de campo, aquelas organizacións e persoas expertas que se identificaron nos cuestionarios específicos foron as seguintes (a todas elas lles agradecemos a súa valiosa participación):

| | |
|---|---|
| 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 Cerme 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)

Anexo 3. Entrevistas: listaxe de experiencias e informantes

Agradecemosles a todas as expertas, entidades locais e organizacións a súa participación no estudo. A relación de informantes e experiencias analizadas é a seguinte:

| 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 | E2 |
| | | Nadia Berodia Sánchez, Psicóloga | E2 |
| E3 | Proyecto Construyendo Sexualidades. Ayuntamiento 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. | E4P1 |
| | | Cristina López Arellano, Técnica | 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. | E6P1 |
| | | Psicóloga (atención a MDID) | 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 Ayuntamiento 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 |